

Petteri Tuomiluoma, Aki Tuomioksa

Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaustarpeet

Kuvaus haastatteluista ennen ja jälkeen leikkauksen

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja AMK  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
18.4.2012

Tekijä(t) Otsikko	Petteri Tuomiluoma, Aki Tuomioksa Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaustarpeet
Sivumäärä Aika	66 sivua + 2 liitettä 18.4.2012
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	yliopettaja Leena Rekola lehtori Eila-Sisko Korhonen
<p>Opinnäytetyössä selvitetään lihavuuskirurgisten potilaiden ohjauksen ja tuen tarpeita ja leikkauksen vaikutusta leikattujen potilaiden elämänlaatuun ennen ja jälkeen leikkauksen. Työ on osa ammattikorkeakoulu Metropolian ja Peijaksen sairaalan yhteistyöhanketta. Hankkeen tarkoituksena on kehittää neuvontamalli potilaille ja heidän läheisilleen sekä hoitohenkilökunnalle.</p> <p>Opinnäytetyössä käytetty aineisto kerättiin Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgiseen leikkaukseen meneviltä potilailta sekä leikkauksen jälkeen kotiutuneilta potilailta. Haastattelut (n=37) tehtiin valituille puhelimitse aikavälillä helmi–toukokuu 2011 valmiille haastattelulomakkeille. Haastattelijat olivat hoitotyön ja terveystieteen opettajia. Opinnäytetyön tehtävänä oli analysoida leikkausta edeltävät (n=17) ja leikkauksen jälkeiset (n=20) määrälliset kysymykset PASW Advanced Statistics 18 -ohjelmaa hyväksi käyttäen. Lisäksi tehtävänä oli analysoida sisällönanalyysin avulla haastatteluista viisi ennen leikkausta ja 10 leikkauksen jälkeen tehtyä haastattelua.</p> <p>Tulokset osoittavat, että ohjauksen ja tuen tarve on huomattava lihavuuskirurgisessa hoitotyössä. Selkeästi eniten tarve näkyy syömiseen ja juomiseen liittyvissä asioissa, joka luonnollisesti on suuri elämäntapaan liittyvä muutos leikatuille. Tukiverkosto oli hyvin tärkeä lihavuuskirurgisen prosessin läpikäyvillä potilailla. Monet vastanneet olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen. Varsinkin vastanneet, joilla oli vahvat perhesiteet, ystäväsuhteet tai vertaistuki sanoivat, että läheisten tuki oli korvaamaton voimavara jaksamisessa ja uuteen elämäntapaan oppimisessa.</p> <p>Lihavuuskirurgista hoitotyötä on Suomessa tutkittu niukasti, joten näyttöä vahvistavaa tutkimusta on lisättävä. Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaus ja tukeminen on haastavaa monisyisten ja hyvin yksilöllisten tarpeitten takia. Tulevaisuudessa lihavuuskirurgisten toimenpiteiden määrän lisääntyessä ja resurssien oltaessa rajalliset hoitotyöhön muodostuvat paineet kasvavat, minkä takia jatkotutkimus on tarpeellista.</p>	
Avainsanat	lihavuuskirurgia, lihavuus, potilasohjaus, tuki

Author(s) Title	Petteri Tuomiluoma, Aki Tuomioksa Educational Needs Among Bariatric Patients
Number of Pages Date	66 pages + 2 appendices 18 Apr 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Leena Rekola, Principal Lecturer Eila-Sisko Korhonen, Lecturer
<p>The objective of this final project was to clarify the impact of a bariatric operation on patients` quality of life. This project was part of a larger project of Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland and HUS Peijas Hospital, Vantaa, Finland. The purpose of that project is to create a patient guidance model for bariatric patients and their next-of-kin and nursing staff.</p> <p>The data were collected from the patients who were about to have and the patients who had gone through a bariatric operation at the HUS Peijas Hospital. Interview questions were written for this purpose by a multi-professional team. 37 interviews were made over the phone by nursing and health care teachers in spring 2011.</p> <p>The results showed that the needs for patient education and support were substantial in bariatric nursing. The major need for patient education and support concerned drinking and eating habits. A network of support was notably important for the patients who were going through the bariatric process. Most of the interviewees were satisfied with the amount of support they got. Especially, those bariatric patients who had strong family and friend ties and peer support reported that the support of their close ones was a priceless resource in managing and getting used to a new way of life.</p> <p>Bariatric nursing is a very little researched subject in Finland, so evidence-based research should be increased. Education and support of a bariatric patient is challenging because of the many individual needs of patients. In the future, the amount of bariatric surgeries will increase, but resources will stay limited which are reasons for continuing needs for researches in bariatric nursing.</p>	
Keywords	bariatric surgery, obesity, patient education, support

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Lihavuuden määritelmä, syyt ja riskitekijät	2
3	Potilaan ohjauksen ja tuen tarve	4
3.1	Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tuen- ja ohjauksentarpeet	5
3.2	Aikaisempia tutkimuksia lihavuuskirurgisen potilaan hoidosta	7
4	Lihavuuskirurgiset toimenpiteet ja komplikaatiot sekä yhteiskunnalliset kustannukset	8
4.1	Suomessa tehtävät toimenpiteet	9
4.2	Lihavuusleikkauksen komplikaatioita	10
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tutkimuskysymykset ja tavoite	11
6	Aineisto, aineiston keruu ja aineiston analyysi	11
6.1	Aineisto ja aineiston keruu	11
6.2	Aineiston analyysi	14
7	Tulokset lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksesta ja tuen tarpeista	14
7.1	Haastattelut ennen leikkausta	15
7.1.1	Määrällinen aineisto	15
7.1.2	Laadullinen aineisto	21
7.2	Haastattelut leikkauksen jälkeen	30
7.2.1	Määrällinen aineisto	30
7.2.2	Laadullinen aineisto	36
7.3	Ohjauksen ja tuen tarvetta lisäävät ja vähentävät tekijät	46
7.4	Lihavuuden vaikutus elämänlaatuun	56
8	Pohdinta	58
8.1	Luotettavuus	60
8.2	Eettisyys	62
9	Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet	63

Liitteet

Liite 1. Lihavuuskirurgiseen leikkaukseen tulevan potilaan haastattelu.

Liite 2. Lihavuuskirurgisessa leikkauksessa olleen potilaan haastattelu.

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamallia. Opinnäytetyö liittyy osana ammattikorkeakoulu Metropolian ja Peijaksen sairaalan yhteistyöhankkeeseen, jossa selvitetään lihavuuskirurgisten potilaiden ohjauksen ja tuen tarpeita ja leikkauksen vaikutusta leikattujen potilaiden elämänlaatuun ennen ja jälkeen leikkauksen. Hankkeen tarkoituksena on kehittää neuvontamalli potilaille ja heidän läheisilleen sekä hoitohenkilökunnalle. Neuvontamallin tarkoitus on kehittää lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen läheistensä ohjausta ja vastata paremmin heidän tuen tarpeisiinsa sekä vaikuttaa tulosten pysyvyyteen ja niihin pääsemiseen. Yhteistyöhanke on jaettu kolmeen eri tehtävävaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa tehtävänä on kuvata kansainväliseen tutkimustietoon pohjautuen potilaiden odotuksia tuesta ja sen saannista. Lisäksi kuvataan millaista ohjausta ja tukea potilaat odottavat ennen ja jälkeen leikkauksen. Hankkeen toisen vaiheen tutkimustehtävä on kehittää alustava toimintamalli potilasasiakirjojen analyysin ja potilaiden puhelinhaastatteluiden avulla. Toimintamallia hyväksi käyttäen arvioidaan nykyistä toimintaa sen pohjalta. Toimintamalli otetaan käyttöön ja arvioidaan hoitohenkilökunnan kanssa toisessa vaiheessa. Lisäksi tunnistetaan potilaiden kokemusten perusteella pysyvän painonpudotuksen kriittiset osatekijät. Kolmannen hankkeen vaiheen tehtävänä on tunnistaa kehonkuvan muutoksen yhteyttä potilaan psyykkiseen hyvinvointiin. Yhteistyöhankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa, joka on suoraan sovellettavissa ja hyödynnettävissä toiminnan kehittämiseen. Hankkeen toteutuksessa noudatetaan toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia hoidosta ja tuen tarpeesta on tutkittu esimerkiksi Australiassa ja Yhdysvalloissa. Vaikka tutkimustulokset ovat sovellettavissa Suomessa, on otettava huomioon kontekstien erilaisuus. (Hankesuunnitelma 2010: 3–7.)

Opinnäytetyö kuuluu osana hankkeen toiseen vaiheeseen, jossa analysoidaan ja raportoidaan potilaille puhelinhaasteluilla tehdyt kysymyslomakkeet. Tutkimuskysymyksiä ja opinnäytetyön tehtäviä on kolme, jotka ovat: Kuvata missä määrin ja millaista ohjausta ja tukea potilas tarvitsee ennen ja jälkeen leikkauksen

elämän eri osa-alueilla. Kuvata ohjauksen ja tuen tarvetta vähentävät ja lisäävät tekijät. Kuvata lihavuuden ja lihavuuskirurgisen leikkauksen vaikutuksia elämänlaatuun sekä tukihenkilön merkitystä potilaalle. Tavoitteena on kuvata edellä mainittujen kysymysten pohjalta lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen ja tuen tarpeita sekä niihin vaikuttaneita tekijöitä. Opinnäytetyömme on jatkoa Saara Blomin, Leena Heikkisen ja Saana Kantelisen opinnäytetyöstä ”Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta ja tuesta”.

## 2 Lihavuuden määritelmä, syyt ja riskitekijät

Lihavuus on sekä yksilöä että yhteiskuntaa kuormittava haitta. Lihavuus aiheuttaa somaattisia ja psyykkisiä liitännäissairauksia sekä määrittelemättömiä sosiaalisia ongelmia. Lihavuuden liitännäissairauksia ja vaaratekijöitä ovat tutkitusti: tyypin 2 diabetes tai sen esiaste, kohonnut verenpaine, kohonneet kolesteroliarvot, rasvamaksa, uniapnea, sepelvaltimotauti, kantavien nivelten nivelrikko, astma, munasarjojen monirakkulatauti, kihti, erilaiset syöpäsairaudet, sappi- ja haimasairaudet, munuaissairaudet, dementia, depressio, hedelmättömyysongelmat ja raskauskomplikaatiot. Liitännäissairauksien riskejä ja vaarallisuutta lisäävät varhain alkanut lihavuus, vyötäröpainotteinen lihavuus ja lihavuuden määrä. Pahimmillaan liikalihavuus vie työkyvyn ja aiheuttaa ennenaikaisen kuoleman. (Käypä hoito 2011: 3–8.)

Lihavuuden yksinkertaisin määritelmä on BMI eli Body Mass Index (suom. painoindeksi), mutta BMI ei sovellu sellaisenaan erityisen lihaksikkaan, lyhyen, vanhuksen tai lapsen lihavuuden määritelmäksi. BMI lasketaan kaavalla massa (kg) jaettuna pituuden neliöllä ( $m^2$ ). Henkilö on ylipainoinen, kun BMI on yli 30. Painoindeksin ollessa yli 35 voidaan potilaat hoitaa kirurgisesti tiettyjen ehtojen täytyttyä, jotka ovat liitännäissairaus tai -sairaudet (joiden hoidossa laihtumisesta on hyötyä), liikalihavien elintapahoitojen epäonnistuminen ja 18–60 vuoden ikä. Lihavuuskirurginen leikkaus voidaan tehdä harkinnan mukaan 65 ikävuoteen asti. Lihavuuden hoidon tavoitteena on vähintään 5 prosentin suuruinen pysyvä painon pieneneminen, sillä jo se korjaa lihavuuden liitännäissairauksia tai niiden vaaratekijöitä.

(Käypä hoito 2011: 3–8.) Suomessa aikuisväestöstä vaikeasti lihavia henkilöitä (BMI 35 kg/m<sup>2</sup> tai enemmän) on lähes seitsemän prosenttia ja sairaalloisesti lihavia (BMI yli 40 kg/m<sup>2</sup>) noin kaksi prosenttia (Ikonen ym. 2009: 14).

Syynä lihavuuden yleistymiseen ovat energiantarpeen ja ruokailutapojen muutokset. Raskaasta ruumiillisesta työstä on siirrytty enemmän istumatyöhön ja liikkuminen paikasta toiseen sujuu autojen avulla. Ihmisen vuosituhansien saatossa kehittynyt fysiologia ei ole mukautunut nopeasti vähentyneeseen energiankulutukseen, mikä näkyy teollistuneiden valtioiden väestön ylipainona.

Lihavuuteen voi liittyä syömishäiriö, jota kutsutaan lihavan ahmimishäiriöksi (binge eating disorder, BED). Ahmimishäiriön yleisyys on normaaliväestöllä 1–3 % ja ylipainoisilla selvästi enemmän. Kaksosparien ja adoptiolasten tutkimukset osoittavat, että alttius lihavuuteen periytyy osittain. Tutkijat ovat löytäneet useita kymmeniä aineenvaihduntaan vaikuttavia geenejä, joissa todetut muutokset lisäävät tai vähentävät lihavuusalttiutta. On myös ilmeistä, että geenien lisäksi lapsuudessa omaksutut liikkumiseen ja syömiseen liittyvät mallit vaikuttavat ihmisten mahdollisuuksiin hallita painoaan, vaikka vaikutuksia ei ole pystytty kattavasti tutkimaan. Kuitenkin geneettinen alttius lihomiseen ei selitä lihavuuden voimakasta yleistymistä, koska suomalaisilla on periaatteessa samat geenit kuin 50–100 vuotta sitten eläneillä, joilla lihavuus oli harvinaista. Geeneillä voidaan osittain selittää minkä takia nykyisessä maailmassa osa ihmisistä lihoo herkemmin kuin muut. Lääkitys on myös yksi yleinen ylipainon ja lihavuuden aiheuttaja, sillä se voi aiheuttaa huomattavan ruokahalun kasvamisen. Tällaisia lääkkeitä ovat esimerkiksi tietyt kortisonit, epilepsialäkkeet ja psyykenlääkkeet. (Ikonen ym. 2009: 31, 37–39; FOTEG. 2011.)

Hoitajan rooli on ennen ja jälkeen leikkauksen neuvoa potilasta ja hänen perhettään suureen elämänmuutokseen, johon liittyy muun muassa ruumiinkuvan muutokset ja ruokailutottumukset. Ohjauksessa hoitajalla on myös mahdollisuus arvioida potilaan voimavarat, mm. ohjauksen tarpeesta ja psykososiaalisista taidoista (Grindel – Grindel 2006: 143.)



### 3 Potilaan ohjauksen ja tuen tarve

Ohjauksen perusta on sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä, ammattietikassa, erilaisissa toimintaa ohjaavissa laatu- ja hoitosuosituksissa sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmissa. Vaikka laeissa ja asetuksissa ei ohjausta välttämättä suoranaisesti mainitakaan, on potilaan ja asiakkaan asema määritelty laissa. Laissa sanotaan, että potilaalle ja asiakkaalle on annettava riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Lain mukaan ohjaus on toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Ohjauksessa hoitotyön osana tulee kunnioittaa potilaan ja asiakkaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, vakaumusta ja yksityisyyttä. (Eloranta – Virkki 2011: 11.)

Ohjaaminen on tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa ohjaaja ja asiakas kohtaavat vuoropuhelussa. Ohjaus kannustaa asiakasta auttamaan itseään omassa elämässään. Näin ollen asiakas itse määrittää ja muodostaa ohjauksen sisällön. Ohjauksella pyritään siihen, että asiakas ymmärtää hoidon, palvelun, muutoksen tms. merkityksen ja kokee voivansa vaikuttaa siihen. Tämä on merkityksellistä asiakkaan motivoitumisen ja sitoutumisen kannalta (Eloranta – Virkki 2011: 19–20.)

Ohjauksen ja hoidon tarve muuttuu hoitotilanteen mukaan. Ohjauksen luonne riippuu siitä, onko kyseessä ennen leikkausta oleva, sairaalassaoloaika vai kotiutuksen jälkeinen aika. Lisäksi jokainen ohjaustilanne on yksilöllinen, jossa ohjaajan ja ohjattavan persoona, asenteet ja arvot kohtaavat. Hoitaja on osa lihavuuskirurgista moniammatillista tiimiä, johon kuuluu lisäksi lääkäreitä (kirurgi, anestesiologi, sisätautilääkäri), ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja psykologi tai psykiatri. Ennen leikkausta ohjaus liittyy lähinnä tiedon lisäämiseen, motivointiin ja hoitoon sitoutumisen vahvistamiseen. Esiin tulee ottaa ruokavalion ja ruokailutottumusten muutokset. Leikkauksesta riippuen ruokailuannokset vähenevät määrältään huomattavasti ja ruokailun säännöllisyys korostuu. Nesteiden nauttiminen tietyin väliajoin on elintärkeää kuivumisen ehkäisemiseksi. (Marzen-Groller – Cheerer 2010: 120–124.) Potilaan ohjauksen merkitys korostuu leikkauksen jälkeen, jolloin potilaan on omaksuttava uudet elintavat ja seurattava mahdollisia leikkauskomplikaatioita (Grindel – Grindel 2006: 138–139). Potilasta tulee valmistaa kipuun ja pahoinvointiin, jotka tulevat olemaan seurausta leikkauksesta. Varhaisesta mobilisoinnista pitää tiedottaa potilasta

ja kertoa, minkä takia näin tehdään. (Marzen-Groller – Cheerer 2010: 120–124.) Leikkauksen jälkeen toteuttava lääkinällinen kivunhoito tulee olla multimodaalista, jossa käytetään opiaatteja. Potilasta on hyvä myös ohjata ennen leikkausta siihen, että kipua hoidetaan tehokkaasti, mutta se ei tarkoita täyttä kivuttomuutta leikkauksen jälkeen. Potilas pystyy näin valmistautumaan henkisesti leikkauksen jälkeiseen kipuun eikä odota täyttä kivuttomuutta. (Kilgore – Tichansky – Madan 2008: 145.)

Sairaalassaoloaikana hoitajan pääasiallinen tehtävä on tarkkailla potilaan elintoimintoja. Tehtävästä tekee erityisen vaativan se, että potilailla on usein liitännäissairauksia, jotka tulee huomioida tarkkailun aikana. Liitännäissairauksien vaikutus elintoimintoihin vaatii hoitajalta ammattitaitoista tietopohjaa sairauksista. (Anttila ym. 2009: 116–122.)

Leikkaukseen liittyvien jälkihaittojen ehkäisemiseksi potilaat joutuvat käymään ravitsemusta ja aineenvaihduntaa hallitsevan erikoislääkärin vastaanotolla 3–6 kuukauden välein noin kaksi vuotta ja sen jälkeen kerran vuodessa terveyskeskuksessa. (Mustajoki 2011). Potilas on hyvä ohjata tukiryhmiin, joissa hän saa tietoa prosessista ja saa tarvittaessa luotua tukiverkoston (Garza 2003: 103). Suomessa tukiryhmätoimintaa tarjoavat Anonyymit Ylensyöjät (Overeaters Anonymous) ja Suomen lihavuusleikatut ry (LILE).

Leikkauksen jälkeen ja sairaalassaoloaikana potilaan tuki- ja ohjaustarpeet voidaan jakaa kokonaisuuksiin: fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet.

### 3.1 Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tuen- ja ohjausentarpeet

Yhdysvalloissa tehdyn kyselyn mukaan hoitajat ovat eniten huolissaan omasta ja potilaan turvallisuudesta, kun potilasta liikuteltiin. Potilaan suuri koko vaikuttaa päivittäisiin hoitotoimintoihin kuormittavasti. (Zuzelo – Seminara 2006: 71.) Kuitenkin potilaan varhainen mobilisointi on tärkeä osa lihavuuskirurgisen potilaan kuntoutumisessa. Varhaisen mobilisoinnin edellytyksenä on hyvä kivunhoito, jolla on myös suuri psyykinen merkitys. Kivun hoitoon kuuluu jatkuva arviointi käyttäen kipumittareita, tavoitteena on antaa potilaalle paras mahdollinen kivunhoito ja kivuttomuus. Hoidon laatuun ja kivuttomuuteen voidaan vaikuttaa myös hyvin toteutetulla asentohoidolla. Asentohoidon tehtävinä on ehkäistä laskimoperäisiä

komplikaatioita, iho-ongelmia ja neurologisia ongelmia sekä helpottaa hengitystä ja kipuja. (Kassara ym. 2005: 131–141.)

Mielialan muutokset, ahdistuneisuus, alkoholin käyttö ja persoonallisuushäiriöt on tilastoitu olevan yleisempiä lihavuuskirurgisille potilasehdokkaille. Tutkimukset osoittivat myös, että liikalihavat potilaat suhteessa normaalipainoisiin olivat tilastoissa yleisemmin masentuneita, ahdistuneita, stressaantuneita ja saivat alhaisempia pisteitä itsetuntoa ja elämänlaatua mittaavissa testeissä. (Pataky – Carrard – Golay 2011: 170.) Edellä mainitut huomioon ottaen sairaalassaolon aikana hoitajan kunnioitus potilaan yksityisyyttä, autonomiaa, luottamusta ja potilaan oikeuksia kohtaan käyttäen syrjimätöntä työotetta on tärkeää. Vastavuoroisen puhelun rooli korostuu rohkaisussa puhumaan peloista ja ajatuksista vastaten näihin rehellisesti, vilpittömästi ja puolueettomasti. Tukiverkostoa eli perhe, ystävät ja ryhmät, joka potilaalla on, tulee hyödyntää tärkeänä keinona hoitomyönteisyyden ja motivaation kannalta. (Marzen-Groller – Cheerer 2010: 123.) Hyvät ihmissuhteet parantavat usein leikkauksen lopputulosta (Grimaldi – Van Etten 2010: 26).

Hoitotyössä hoitaja joutuu kohtaamaan omia ruokailuun liittyviä uskomuksia ja tottumuksia. Hoitajalla voi itsellään mahdollisesti olla tyytymättömyyttä omaa kehoaan, painoaan tai ruokailutottumuksiaan kohtaan. Hoitajat ovat kuitenkin erityisesti koulutettuja ja heiltä odotetaan, että he laittavat omat tarpeensa sivuun ja keskittyvät potilaan tarpeisiin (Reto 2006: 146.)

Lihavuusleikattavan potilaan hoidossa hoitajan on hyvä ymmärtää syitä potilaan lihavuuteen. Syiden ollessa elämäntapoihin tai psyykkisyyteen liittyviä voi hoitaja toiminnallaan auttaa potilasta ja saada syvempää ymmärrystä hoidettavasta. Walfishin ja Brownin tutkimuksessa selvitettiin syitä syömiseen, tutkimuksessa esitettiin kysely sadalle lihavuusleikkaukseen tulevalle miespotilaalle. Tulokset osoittivat, että suurimmat syyt syömiseen ja lihavuuteen olivat tylsyys (28%), masennus (26%), ahdistus (19%). Miehistä 11% söi koska oli vihainen ja 9% koska oli väsynyt. Naisilla suurin syy syömiselle oli stressi (49%). Hoitaja voi hoitojen aikana selvittää syitä syömiselle ja ohjata potilaita heidän tarpeidensa mukaan esimerkiksi stressinhallintaohjelmiin. (Walfish – Brown 2009: 50-51).

### 3.2 Aikaisempia tutkimuksia lihavuuskirurgisen potilaan hoidosta

Ide, Färber ja Lautz (2008) ovat koonneet kirjallisuuskatsauksen aiheesta lihavuusleikkaukseen tulevan potilaan kirurginen hoitotyö. Yhdysvaltalaisista 60 prosenttia on ainakin ylipainoisia ja 30 prosenttia lihavia. Ylipaino ja lihavuus ovat yleistyneet Yhdysvalloissa molemmilla sukupuolilla katsomatta ikään, rotuun, asuinympäristöön tai koulutukseen. Yhdysvalloissa lihavuus on toiseksi yleisin kuolinsyy heti tupakoinnin jälkeen. Noin 300 000 Yhdysvaltojen kansalaista kuolee vuosittain huonon ruokavalion, vähäisen fyysisen aktiviteetin ja liikkumattomuuden takia. Vuosittaiset kustannukset ylipainon takia Yhdysvalloissa ovat samaa luokkaa kuin tupakoinnissa eli noin 117 miljardia dollaria. Yhdysvalloissa tämän on arvioitu olevan noin 5–7 % terveydenhuollon kuluista (FOTEG. 2011). Suurin osa lihavista kärsii elämänsä aikana syrjinnästä ja ennakkoluuloista. Ide, Färber ja Lautz esittelevät kirjallisuuskatsauksessaan Erin Jamesin tutkimuksen (Feeding the fat bias. *Advanced Nursing*. 2005: 11.), jossa selviää, että hoitajien ennakoasenteet ovat syvälle juurtuneet. Hoitajille tehdyn kyselyn mukaan 24 % hoitajista pitää lihavia epäonnistuneina, 43 % mielestä lihavat ovat hemmoteltuja, 22 % ajattelee, että lihavat ovat laiskoja ja kolmasosa hoitajista piti lihavuuden syynä käsittelemätöntä vihaa. 63 % on yhtä mieltä siitä, että lihavuus olisi vältettävissä itsehillinnällä. Melkein puolet (48 %) hoitajista piti lihavien potilaiden hoitoa epämiellyttävänä ja 31 % hoitajista ei haluaisi hoitaa lihavia ollenkaan.

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä potilaille, jotka ovat tulossa lihavuusleikkaukseen. Kalarchian ym. (2007) selvittivät 288 potilaan otoksella erilaisten mielenterveydenhäiriöiden esiintyvyyttä lihavuusleikkaukseen hakijoilla. Tutkittava ryhmä oli enimmäkseen naisia (83,3 %), keski-ikä ollessa 43,2 vuotta ja painoindeksin keskiarvo oli 52,2. Mielenterveysongelmat olivat jaettu 2 ryhmään, 1. ryhmä sisälsi: mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, huumaavien aineiden väärinkäytön ja syömishäiriöt. Persoonallisuushäiriöt kuuluivat 2. ryhmään. Tutkimuksen tulos osoitti, että 66 prosentilla tutkittavista oli ainakin yksi ryhmän 1 sairaus, häiriö tai huumaavien aineiden väärinkäyttö. 29 prosentilla tutkittavista olisi mahdollisuus saada diagnoosi yhteen tai useampaan ryhmän 2 sairauteen. Ryhmän 1 sairaudet olivat suoraan rinnastettavissa tutkittavan painoindeksiin, kun taas ryhmän 2 sairauksilla ei ollut painoindeksin kanssa selvää syy-seuraussuhdetta. Tutkimuksen johtopäätöksenä suositeltiin, että psykiatriset sairaudet otetaan huomioon osaltaan lihavuuden

aiheuttajana ja että psyykkiset ongelmat huomioitaisiin lihavuusleikkauksen jälkeisessä ohjauksessa ja hoidossa.

Tanskalaisessa määrällisessä tutkimuksessa (n=89) selvitettiin, mitkä luonteenomaiset tekijät lisäävät painonpudotuksen onnistumista leikkauksen jälkeen. Aineisto kerättiin puolen vuoden ja vuoden sisällä leikkauksesta, ja kaikille tutkimukseen osallistuville tehtiin mahalaukun ohitusleikkaus tähystyksessä. Mittareina tutkijat käyttivät kahta kysymyslomaketta, joissa kysyttiin elämänlaatuun liittyviä kysymyksiä. Tutkimuksessa huomattiin painoindeksin vaikuttavan lopputulokseen. Mitä alempi painoindeksi on ennen leikkaukseen tuloa niin sitä suurempi on onnistumisen mahdollisuus. Naiset tulevat bariatriseen leikkaukseen nuorempina, vähemmän aikaa ylipainoisina olleina ja heillä on vähemmän painonpudotusyrityksiä kuin miehillä. Tutkimuksen mukaan naisilla oli myös alhaisemmat elämänlaatupisteet kuin miehillä. Tutkituilla olivat myös alhaisemmat elämänlaatupisteet kuin tanskalaisilla keskimäärin, mutta 12 kuukauden jälkeen leikkauksesta pisteet olivat korkeammat kuin keskivertoväestöllä. Epäonnistuneista laihduttajista 82 prosenttia oli naimisissa. (Nelbom ym. 2010.)

#### 4 Lihavuuskirurgiset toimenpiteet ja komplikaatiot sekä yhteiskunnalliset kustannukset

Lihavuusleikkausten määrä ja saatavuus on kasvanut Suomessa jatkuvasti. Vuonna 2008 leikkauksia tehtiin Suomessa noin 400 ja vuonna 2009 lähes 700. Vuonna 2011 leikkauksia tehtiin 1047. Eniten leikkauksia tehdään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, jossa vuonna 2011 niitä tehtiin 221. Vaasa oli toiseksi eniten leikkauksia tehnyt sairaala 163 operaatiolla. Leikkauksia tehdään myös Oulussa, Turussa, Kuopiossa, Lahdessa, Tampereella, Porissa, Joensuussa ja Seinäjoella. Neljässä yksityisessä sairaalassa pääsee myös leikkaukseen. Kotkassa suunnitellaan leikkauksien aloittamista. (FOTEG. 2011.)

Tutkimusten mukaan lihavuusleikkaus maksaa itsensä takaisin yhteiskunnalle sen terveyshyötyjen takia suhteessa säästettyihin terveydenhoitokuluihin (MTV3-uutiset 2010). Yhden leikkauksen hinnalla (noin 9 000–10 000 euroa) voidaan tarjota painonhallintaa ryhmähoitona 150–200:lle vaikeasti lihavalta potilaalle (Sane 2008: 4174). Sairaalloisen lihavuuden hoito leikkauksella kannattaa myös taloudellisesti, sillä

10 vuoden ajanjaksolla yhden potilaan hoitaminen ilman leikkausta vaatii lähes 44 800 euron kustannukset, kun leikkauksen kanssa hinta jää 31 800 euroon. Leikkaushoito maksaa itsensä takaisin keskimäärin 7 vuodessa. (Ikonen ym. 2009: 15.)

#### 4.1 Suomessa tehtävät toimenpiteet

Suomessa tavallisin lihavuuskirurginen leikkausmenetelmä on mahalaukun ohitus (gastric bypass, Roux-en-Y, RYGB), jossa mahalaukku katkaistaan yläosastaan ja tästä osasta muotoillaan 20–30 ml: suuruinen pussi, johon ravinto pääsee. Leikkaus vaikuttaa rajoittamalla kerralla syötävän ruoan määrää ja vähentämällä ruokahalua. Mahalaukun ohitusleikkausta selvästi harvinaisempi on mahalaukun kavennusleikkaus (hihatypistys, sleeve gastrectomy). Mahalaukku kavennetaan kirurgisesti noin viiden senttimetrin levyiseksi. Suurin osa mahalaukun pohjasta ja rungosta poistetaan. Kavennus vaikuttaa ensisijaisesti rajoittamalla syötävän ruoan määrää. Kavennusleikkausta harkittaessa on huomioitava pitkäaikaistulosten epävarmuus ja uusintaleikkausten mahdollinen tarve. Molemmissa leikkaustavoissa ensisijaisesti rajoitetaan kerralla syötävän ruoan määrää, jolloin laihtuminen ja tuloksen säilyminen liittyvät pienentyneeseen energiansaantiin. Mahalaukun pantaleikkaus, joita ei Suomessa juurikaan tehdä, tapahtuu siten, että mahalaukun ympäri pujotetaan tähystyksessä panta (gastric banding), jonka tiukkuutta voidaan myöhemmin tarvittaessa säädellä. Pantaan liittyy usein mekaanisia ongelmia pitkällä aikavälillä, mikä lisää uusintaleikkausten tarvetta. (Ide – Färber – Lautz 2008: 33–35; Käypä hoito 2011: 20; Pekkarinen 2012.)

Suuren ruotsalaisen satunnaistamattoman hoitotutkimuksen (SOS-tutkimus) mukaan painonlasku on suurimmillaan yhden, kahden vuoden päästä leikkauksesta, jonka jälkeen paino tahtoo lähteä nousemaan. Leikkauksen jälkeen lihomisen syy on palaaminen epäterveellisiin elämäntapoihin. Potilaiden energian saanti väheni huomattavasti välittömästi leikkauksen jälkeen ja lisääntyi myöhemmin. Fyysinen aktiivisuus vastaavasti lisääntyi leikkauksen jälkeisenä vuotena ja väheni myöhemmin. Leikattavien paino on ollut kymmenen vuoden kuluttua 14–25 % pienempi kuin leikkausta edeltänyt. Laihdutustulos oli kaikilla edellä mainituilla leikkaustavoilla keskimäärin 16,1 %. Toisaalta painonnousu leikkaamattomilla verrokkipotilailla

(konservatiivinen hoito tai pelkkä seuranta terveyskeskuksessa) oli 1,6%. (Käypä hoito 2011: 20; Ikonen ym. 2009: 15, Pekkarinen 2012.)

#### 4.2 Lihavuusleikkauksen komplikaatioita

Sataa leikattua kohden kaksi potilasta joutuu leikkausongelmien vuoksi uusintaleikkaukseen. Uusintaleikkauksia tehtiin mahalaukunohitusleikkauksen jälkeen noin seitsemälle prosentille potilaista. Pantaleikkauksen jälkeen uusintaleikkauksmäärä oli noin 20 % suurempi. Laihdutusleikkauksen haittoihin kuolee 2–5 henkilöä tuhatta leikattua kohden (Ikonen ym. 2009: 100–106; Mustajoki 2011.) Sadasta leikatusta noin kymmenellä esiintyi leikkaukseen liittyviä välittömiä haittoja. Yleisimmät leikkauksen jälkeiset varhaiset haittavaikutukset (alle 30 vuorokautta leikkauksesta) ovat leikkauksen jälkeinen verenvuoto ja suolistosaumojen paranemishäiriöihin liittyvät infektiot sekä havaitsematta jääneet vatsaontelon sisäelinten puhkeamat. Tavallisimpia muita komplikaatioita ovat keuhkoinfektiot ja keuhkoemboliat (Ikonen ym. 2009: 93; Mustajoki 2011.)

Yleisimmät leikkauksen kirurgiset myöhäishaitat mahalaukun ohitusleikkauksen jälkeen ovat suolistotukokset ja mahapussihaavaumat. Leikatuilla voi esiintyä mahapannan mekaanisia häiriöitä. Panta voi myös upota mahalaukun seinämän läpi ja siihen voi tulla infektio tai toimintahäiriö. Ruoansulatuskanavan oireita saattaa esiintyä mahalaukun ohitusleikkauksen ja pantaleikkauksen jälkeen. Vitamiini-, hivenaine- ja proteiinipuutoksia on havaittu ohitusleikkauksen jälkeen. Erityisesti B<sup>12</sup>-vitamiinin, raudan ja rasvaliukoisten vitamiinien riittävästä saannista tulisi huolehtia lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen. Tiamiinin (B<sup>1</sup>-vitamiini) puutos on paljon oksentavilla potilailla mahdollinen ja ilmenee yleensä ensimmäisenä vuotena leikkauksesta. Oksentelun syynä voi olla kirurginen komplikaatio tai pelkästään vaikeus sopeutua pienten ruokamäärien huolelliseen pureskeluun ja hitaaseen syömiseen. Tiamiinin puutostilaa epäiltäessä on annettava oksentelevalle potilaalle vitamiinia parenteraalisesti heti, kun epäily puutoksesta herää. Puutoksen oireina voivat olla polyneuropatia ja pahimmillaan Wernickin enkefalopatia. Enkefalopatian tyyppioireita ovat silmänliikehäiriöt, sekavuus, nystagmus ja ataksia. Oksentelua ja vatsakipua esiintyy leikatuilla kuitenkin lähes aina, eikä niitä voida pitää varsinaisina haittavaikutuksina. Normaaliin kevyeen ruokailuun liittyvää oksentelua ei normaalisti

esiinny. Leikattujen tulisi välttää sokeripitoisia ruokia ja juomia sekä lisätä ruokavalioon kuitupitoisia, hitaita hiilihydraatteja ja proteiineja sekä hidastamalla ravinnon nauttimista ns. dumping-oireiden välttämiseksi. Oireilevien potilaiden kannattaa juoda vain aterioiden välillä. Dumping-oireita ovat pahoinvointi, sydämen tykytys, hikoilu, heikotus, vatsavaivat ja ripuli. (Ikonen ym. 2009: 100–101, 106; Käypä hoito 2011; Pietarinen 2012.)

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus, tutkimuskysymykset ja tavoite

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset rakentuvat hankkeen toisen vaiheen tavoitteiden ja toimenpiteiden kautta. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen ja tuen tarpeita hyödyntäen aikaisemmin tehtyjä haastatteluja. Lisäksi kartoitetaan potilaiden elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimuskysymykset ja opinnäytetyön tehtävät

1. Kuvata missä määrin potilas tarvitsee ohjausta ja tukea ennen ja jälkeen leikkauksen elämän eri osa-alueilla.
2. Mitkä ovat ohjauksen ja tuen tarvetta vähentävät ja lisäävät tekijät?
3. Kuvata lihavuuden ja lihavuuskirurgisen leikkauksen vaikutuksia elämänlaatuun sekä tukihenkilön merkitystä potilaalle.

Potilaan ohjaus ja tukeminen terveydenhuollossa ovat kulttuurin sidottuja. Opinnäytteen tavoitteena on yhteistyöhankkeen osana kehittää suomalaisen lihavuuskirurgisen potilaan ohjausta ja tukea terveydenhuollossa, minkä avulla kyetään tunnistamaan lihavuuskirurgisen potilaan pysyvään painon pudotukseen kuuluvat oleelliset tekijät.

## 6 Aineisto, aineiston keruu ja aineiston analyysi

### 6.1 Aineisto ja aineiston keruu

Aineisto kerättiin Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgiseen leikkaukseen meneviltä potilailta sekä leikkauksen jälkeen kotiutuneilta potilailta. Ennen ja jälkeen leikkauksen



haastateltavat eivät olleet samoja. Haastattelu tehtiin valituille puhelimitse aikavälillä helmi–toukokuu 2011 valmiille haastattelulomakkeille (Liite 1&2). Haastattelijat olivat kokeneita hoitotyön ja terveystieteen opettajia. Moniammatillisen asiantuntijaryhmän käsittelemät ja muokkaamat haastattelulomakkeet perustuivat systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, jonka aineisto oli pääsääntöisesti yhdysvaltalaisista artikkeleista. Lomakkeet sisälsivät sekä määrällistä että laadullista tietoa ja kysymykset esitettiin teemoittain.

Opinnäytetyön tehtävänä oli analysoida leikkausta edeltävät (n=17) ja leikkauksen jälkeiset (n=20) määrälliset kysymykset PASW Advanced Statistics 18 -ohjelmaa hyväksi käyttäen. Lisäksi tehtävämme on analysoida sisällönanalyysin avulla haastatteluista viisi ennen leikkausta ja 10 leikkauksen jälkeen tehtyä haastattelua. Haastatteluista on sisällönanalyysi jo tehty 12 ennen leikkausta ja 10 jälkeen leikkauksen aikaisemmassa Blomin, Heikkisen ja Kantelisen opinnäytetyössä.

Määrälliset kysymykset on muodostettu haastattelulomakkeessa Liker-tyyppisellä asteikolla. Lomakkeessa on luokittelu- ja järjestysasteikollisia kysymyksiä sekä laadullisia kysymyksiä. Jokaisessa järjestysasteikollisessa kysymyksessä vastaajalla oli mahdollisuus kertoa ja täsmentää ohjauksen ja tuen tarpeestaan (Liite 1 ja 2). Määrällisten kysymysten asteikoiden kohdista on raportoitu vastausten keskiarvo, keskihajonta, frekvenssit ja vastaajien prosentuaalinen osuus. Lisäksi jokaisesta teemasta muodostettiin summamuuttujat, joista laskettiin yhteinen keskiarvo ja keskihajonta ja niitä vertailtiin keskenään. Osassa haastattelulomakkeita vastaajat olivat jättäneet kokonaan vastaamatta joihinkin kohtiin, ja nämä on huomioitu taulukoissa ”tyhjiä”-kohtina. Näitä vastauksia ei ole huomioitu laskettaessa keskiarvoa ja keskihajontaa. Neljäportaisen likert-asteikon väittämien vastausvaihtoehdot olivat:

0 Ei lainkaan

1 Vähän

2 Jonkin verran

3 Paljon

Haastattelulomakkeita oli kaksi erilaista, jotka olivat tarkoitettu leikkaukseen tuleville ja leikkauksessa olleille. Haastattelulomakkeet ovat jaettu kahteen osaan. Ensimmäinen

osa sisältää potilasta kuvaavia tietoja: ikä, sukupuoli, paino ja lääkityt oheissairaudet, lisäksi leikkauksessa olleilta kysyttiin leikkauksen tyyppiä ja leikkauksessa kulunutta aikaa (kysymykset 1-4 Liite 1 ja kysymykset 1-5 Liite 2). Toinen osa sisälsi haastattelukysymykset, johon vastattiin muodossa "Missä määrin tarvitsette ohjausta ja tukea alla mainituista asioista?". Haastattelulomakkeiden toinen osa on jaettu kuuteen teemaan, jotka sisälsivät yhteensä 22 kysymystä:

Erilaisten oireiden tai tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen. (Sisälsi yhden kysymyksen, jossa osat a, b ja c).

Päivittäisiin arjen toimiin liittyvät asiat. (Sisälsi kahdeksan kysymystä).

Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat. (Sisälsi neljä kysymystä).

Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat. (Sisälsi neljä kysymystä).

Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat. (Sisälsi kaksi kysymystä).

Leikkauksesta aiheutuneet kustannukset. (Sisälsi neljä kysymystä).

Haastatteluiden toisen osan viimeiset kysymykset (kysymykset 28 ja 30 liite 1, kysymykset 31-34 liite 2) ovat avoimessa muodossa:

Mistä muusta haluaisitte ohjausta ja tukea?

Millaisia selviytymiskeinoja olette käyttäneet uuteen tilanteeseen sopeutumisessa leikkauksen jälkeen?

Kuka on (ollut) tukihenkilönne leikkaus- ja hoitoprosessin aikana?

Oliko toipumisessa mielestänne mitään ennakko-oletuksista poikkeavaa tai yllättävää?

Mitä ohjauksen parannusehdotuksia haluatte esittää?

Haastattelussa kysyttiin myös elämänlaatuun liittyvät kysymys: "Missä määrin lihavuus on vaikuttanut elämänlaatuunne?" (kysymys 29 liite 1, kysymys 30 liite 2), jossa oli neliportainen Liker-tyyppinen asteikko ja avoin lisäkysymys: "Kertokaa, miten se on vaikuttanut?". Haastattelussa sai halutessaan perustella jokaista kysymystä myös sanallisesti. Sanallisista vastauksista koottiin laadullinen aineisto.

## 6.2 Aineiston analyysi

Aineisto oli teemoitettu valmiiksi. Käytimme haastattelujen tulosten analysoinnissa samoja pää-, ylä- ja alakategorioita, jotka olivat haastattelulomakkeiden runkona (Liite 1 ja 2), analysointi tapahtui siis deduktiivisesti. Tämän teimme tulosten lukemisen ja vertailun helpottamiseksi. Koimme, että haastatteluja oli tarpeeksi ja että tulokset omalla tavallaan kyllästyivät. Vastaukset vaihtelivat suuresti mutta toistivat ajoittain itseään, kuitenkin huomioimme kaiken, mitä aineistossa oli ja teimme johtopäätökset.

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Tällöin analyysia ohjaa teema tai käsitekartta. Ensimmäinen vaihe on analyysirungon luominen, analyysirunko voi olla strukturoitu, jolloin aineistosta poimitaan ne asiat, jotka sinne kuuluvat ja ne, jotka jäävät yli luokitellaan uudestaan. (Tuomi – Sarajarvi 2009: 113.) Aikaisempi viitekehys oli jo luotu, strukturoitu määrällinen haastattelu, johon sai halutessaan perustella myös omin sanoin. Haastattelut olivat pääsääntöisesti tiivistetyssä muodossa ja suoria lainauksia oli hyvin vähän. Näin ollen jätimme väliin ilmaisujen pelkistämisen, osana sisällönanalyysia, koska pelkistämistä oli jo tapahtunut. Analyysirunko muodostettiin kirjoittamalla puhtaaksi haastatteluiden laadullisen aineiston ja yhdistämällä vastaukset omien luokkien alle. Analyysin tässä vaiheessa on hyvä selvittää, hakeeko aineistosta samanlaisuutta vai erilaisuutta (Tuomi – Sarajarvi 2009: 93). Haimme molempia saadaksemme mahdollisimman laajan kuvan lihavuusleikattavien ja -leikattujen ohjauksen ja tuen tarpeista.

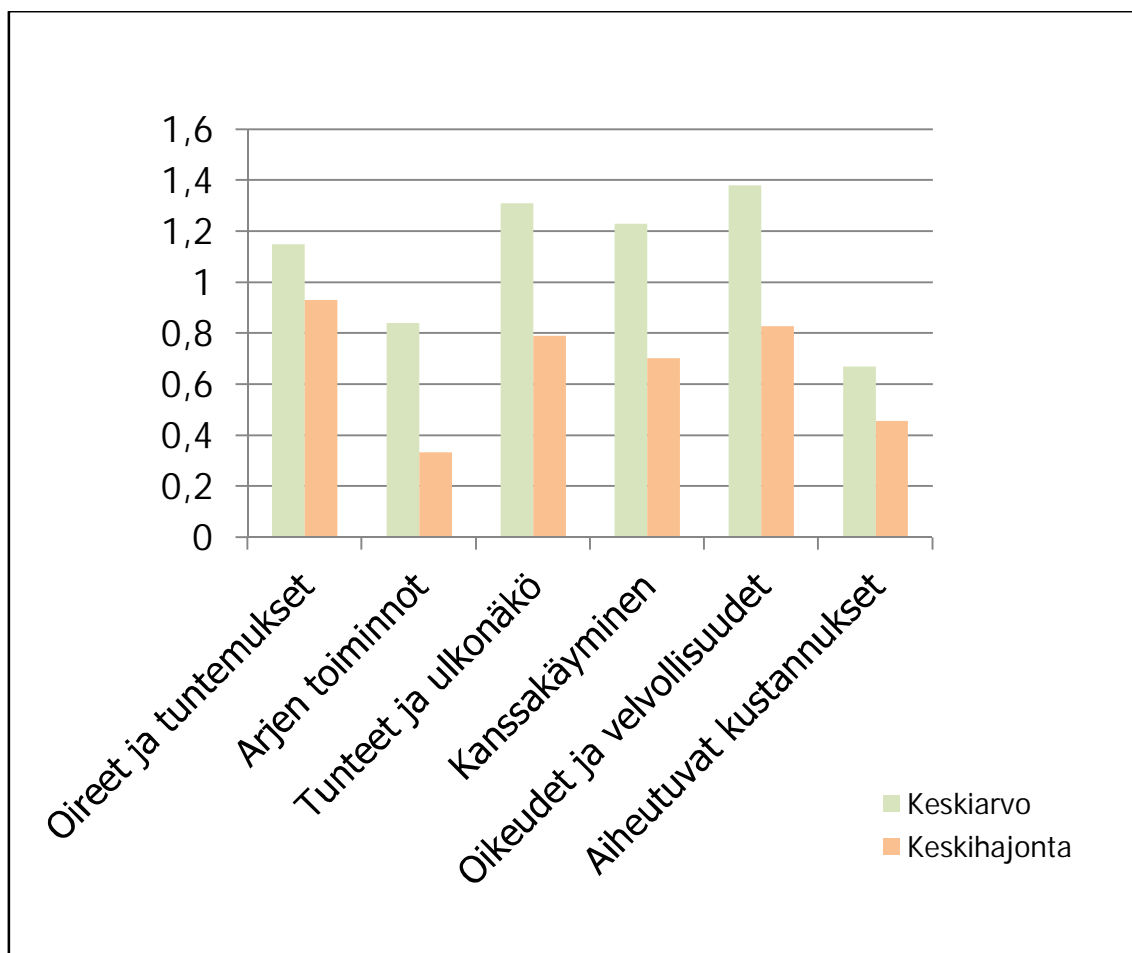
## 7 Tulokset lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksesta ja tuen tarpeista

Tutkimustulosten havainnoinnissa on käytetty taulukoita ja kuvioita sekä laadullisten kysymysten kohdalla suoria lainauksia puhelinhaastattelulomakkeista. Opinnäytetyön aineistona on 17 leikkausta ennen tehtyä ja 20 leikkauksessa käyneen potilaan haastattelua, joista viidestä (n=5) ennen ja kymmenestä (n=10) jälkeen leikkauksen tehdystä haastattelusta on tehty laadullinen sisällönanalyysi. Laadullisesta aineistosta on analysoitu Blomin ym. opinnäytetyössä 12 ennen leikkausta ja kymmenen leikkauksen jälkeistä haastattelua.

## 7.1 Haastattelut ennen leikkausta

### 7.1.1 Määrällinen aineisto

Haastateltavista nuorin oli 27-vuotias ja vanhimmat olivat 60-vuotiaita. Vastaajien keski-ikä oli 47 vuotta ja heidän keskipainonsa oli vastaushetkellä 132,3 kg. Haastateltavista valtaosa olivat naisia (14/17 vastanneista). Miehiä oli kolme vastannutta. Kaikilla haastatelluilla oli taustalla ainakin yksi liitännäissairaus. Yleisin liitännäissairaus, johon vastanneet saivat lääkitystä, oli verenpainetauti tai kohonnut verenpaine, joka oli 11 vastanneella. Muita riskitekijöitä tai liitännäissairauksia useammalla kuin yhdellä henkilöllä olivat kohonneet kolesteroliarvot, diabetes mellitus, kihti, kilpirauhasen vajaatoiminta ja erinäiset tuki- liikuntaelinten ongelmat. Myös useampi vastannut käytti mielialalääkkeitä.



Kuvio 1. Yläluokkien keskiarvo (vaihteluväli 0–3) ja -hajonta. Lihavuuskirurgiseen leikkaukseen tulevan potilaan ohjauksen ja tuen tarpeet.

Eniten lihavuuskirurgiset potilaat tunsivat tarvitsevansa tukea ja ohjausta potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista keskiarvon ollessa 1,38. Myös tunteiden ja ulkonäön muutoksien ohjauksen ja tuen tarve nousi potilailla selkeästi esiin (ka 1,31). Päivittäisistä arjen toiminnoista potilaiden vastaukset olivat hyvin homogeeniset keskihajonnan ollen vain 0,33. Erilaisten oireiden tai tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen on puolestaan aiheuttanut eniten hajontaa vastausten kesken (keskihajonta 0,931). Vähiten potilaat tunsivat tarvitsevansa tukea ja ohjausta leikkauksesta aiheutuvista kustannuksista (ka 0,67). (Kuvio 1).

Taulukko 1. Erilaisten oireiden tai tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Kipu	17	100	1,24	1,091
ei lainkaan	6	35,3		
vähän	3	17,6		
jonkin verran	6	35,3		
paljon	2	11,8		
Pahoinvointi	17	100	1,12	0,993
ei lainkaan	6	35,3		
vähän	4	23,5		
jonkin verran	6	35,3		
paljon	1	5,9		
Lepoon ja nukahtamiseen liittyvät ongelmat	15	88,2	0,8	0,981
ei lainkaan	7	41,2		
vähän	5	29,4		
jonkin verran	2	11,8		
paljon	1	5,9		
vastaus puuttuu	2	11,8		

Potilaat tarvitsivat ohjausta ja tukea eniten tässä teemassa kivuntuntemuksissa, jossa keskiarvo oli 1,24. Kiputeemassa "paljon" ja "jonkin verran" vastanneita oli kahdeksan (47,1 %). Tosin yhdeksän (52,9 %) vastasi "ei lainkaan" tai "vähän", jolloin keskihajonta oli korkea 1,091. Pahoinvointiin tunsu vastanneista tarvitsevansa ohjausta "paljon" vain yksi (5,9 %) vastannut, mutta "jonkin verran" vastasi kuusi (35,3 %). Lepoon ja nukahtamiseen suurin osa vastanneista ei tarvinnut ohjausta lainkaan tai ohjauksen tarve oli vähäistä (ka 0,8). (Taulukko 1).

Taulukko 2. Päivittäisiin arjen toimiin liittyvät asiat				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Liikkuminen	17	100	0,53	0,717
ei lainkaan	10	58,8		
vähän	5	29,4		
jonkin verran	2	11,8		
paljon	0	0		
Syöminen, juominen	17	100	1,76	0,903
ei lainkaan	2	11,8		
vähän	3	17,6		
jonkin verran	9	52,9		
paljon	3	17,6		
Peseytyminen	16	94,1	0,13	0,342
ei lainkaan	14	82,4		
vähän	2	11,8		
jonkin verran	0	0		
paljon	0	0		
ei vastattu	1	5,9		
Ihon hoito	16	94,1	0,38	0,5
ei lainkaan	10	58,8		
vähän	6	35,3		
jonkin verran	0	0		
paljon	0	0		
ei vastattu	1	5,9		
Leikkaushaavan hoito	16	94,1	0,81	0,75
ei lainkaan	6	35,3		
vähän	7	41,2		
jonkin verran	3	17,6		
paljon	0	0		
ei vastattu	1	5,9		
Fyysisten harjoitusten alkaminen	16	94,1	1,38	0,719
ei lainkaan	2	11,8		
vähän	6	35,3		
jonkin verran	8	47,1		
paljon	0	0		
ei vastattu	1	5,9		
Leikkaukseen liittyvä lääkehoito	17	100	0,94	0,827
ei lainkaan	6	35,3		
vähän	6	35,3		
jonkin verran	5	29,4		
paljon	0	0		
Perussairauteen liittyvä lääkehoito	17	100	0,88	1,054
ei lainkaan	8	47,1		
vähän	5	29,4		
jonkin verran	2	11,8		
paljon	2	11,8		

Päivittäisissä arjen toiminnoissa ohjausta ja tukea tarvittiin eniten syömiseen ja juomiseen liittyvissä asioissa, jossa vastaajien keskiarvo oli 1,76. Tämä oli kaikista ennen leikkausta tehdyistä haastatteluiden alueista jaettu korkein keskiarvo ("toisten lihavuuskirurgisten leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa" sai myös keskiarvon 1,76), (kts. taulukko 4). Syömiseen ja juomiseen vastanneista tarvitsi ohjausta ja tukea

"jonkin verran" 52,9 % ja "paljon" 17,6 %. Peseytymiseen liittyviin asioihin ohjauksen tarve oli puolestaan kaikista ennen leikkausta tehdyistä haastatteluista alueista alhaisin keskiarvon ollessa 0,13. Vähäisiin tuen ja ohjukseen tarpeisiin kuuluu myös alueet liikkuminen (ka 0,53) ja ihon hoito (0,38). Fyysisten harjoitusten aloittaminen (ka 1,38) oli taas monelle vastanneelle alue mihin tarvitaan ohjausta ja tukea. (Taulukko 2).

Taulukko 3. Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Mielialaan liittyvät tuntemukset	17	100	1,41	1,004
ei lainkaan	4	23,5		
vähän	4	23,5		
jonkin verran	7	41,2		
paljon	2	11,8		
Muutokset omassa kehossa	17	100	1,41	1,004
ei lainkaan	4	23,5		
vähän	4	23,5		
jonkin verran	7	41,2		
paljon	2	11,8		
Muutokset omassa ulkonäössä	17	100	1,06	1,029
ei lainkaan	6	35,3		
vähän	6	35,3		
jonkin verran	3	17,6		
paljon	2	11,8		
Painon muutokset	17	100	1,29	0,772
ei lainkaan	3	17,6		
vähän	6	35,3		
jonkin verran	8	47,1		
paljon	0	0		

Tunteisiin ja ulkonäön muutoksiin tarvittiin ohjausta ja tukea melko paljon. Keskihajonnat olivat kuitenkin yli yhden luokkaa, paitsi painon muutokset kysymyksessä, jossa keskihajonta oli 0,772. Painon muutokset alueella melkein puolet (47,1 %) vastanneista tunsivat tarvitsevänsä ohjausta ja tukea "jonkin verran". Kysymykset "mielialaan liittyvät tuntemukset" ja "muutokset omassa kehossa" saivat saman keskiarvon 1,41 ja keskihajonnan 1,004. Näiden kysymysten yleisin vastaus oli "jonkin verran" 41,2 prosentin osuudella. (Taulukko 3).

Taulukko 4. Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Kotona	17	100	1,06	1,144
ei lainkaan	7	41,2		
vähän	5	23,5		
jonkin verran	2	11,8		
paljon	3	17,6		
Ystäväpiirissä	17	100	0,94	1,088
ei lainkaan	8	47,1		
vähän	4	23,5		
jonkin verran	3	17,6		
paljon	2	11,8		
Työpaikalla	17	100	0,35	0,493
ei lainkaan	11	64,7		
vähän	6	35,3		
jonkin verran	0	0		
paljon	0	0		
Toisten lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa	17	100	1,76	0,831
ei lainkaan	1	5,9		
vähän	5	29,4		
jonkin verran	8	47,1		
paljon	3	17,6		

Ihmisten kanssakäymiseen liittyvissä asioissa ohjauksen ja tuen tarve vaihteli kysymyksittäin keskiarvojen ja -hajontojen puolesta. Kodin ja ystäväpiirin välisessä kanssakäymisessä yleisin vastaus oli "ei lainkaan" yli 40 prosentin osuudella. Keskihajonnat olivat melko korkeat kodin kanssakäymisessä 1,144 ja ystäväpiirissä 1,088. Työpaikan ihmisten välisiin kanssakäymistilanteisiin ohjausta tai tukea tarvitsi vastanneista "vähän" reilu kolmannes ja "ei lainkaan" yli puolet. Toisten lihavuuskirurgisten leikkausten läpikäyneiden potilaiden kanssakäymiseen vastanneet tunsivat eniten tuen ja ohjauksen tarvetta. Haastatelluista vain yksi vastasi "ei lainkaan". Ainakin "vähän" ohjausta ja tukea tarvitsi 94,1 % vastanneista, mistä yleisin vastaus oli "jonkin verran" 47,1 prosentin osuudella. Keskiarvo nousi 1,76 prosenttiin. (Taulukko 4).



Taulukko 5. Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Potilaan sitoutuminen ja elämäntavan muutosta koskevat päätökset	17	100	1,35	0,786
ei lainkaan	2	11,8		
vähän	8	47,1		
jonkin verran	6	35,3		
paljon	1	5,9		
Oma rooliin painon hallinnassa	16	94,1	1,19	0,981
ei lainkaan	5	29,4		
vähän	4	23,5		
jonkin verran	6	35,3		
paljon	1	5,9		
ei vastannut	1	5,9		

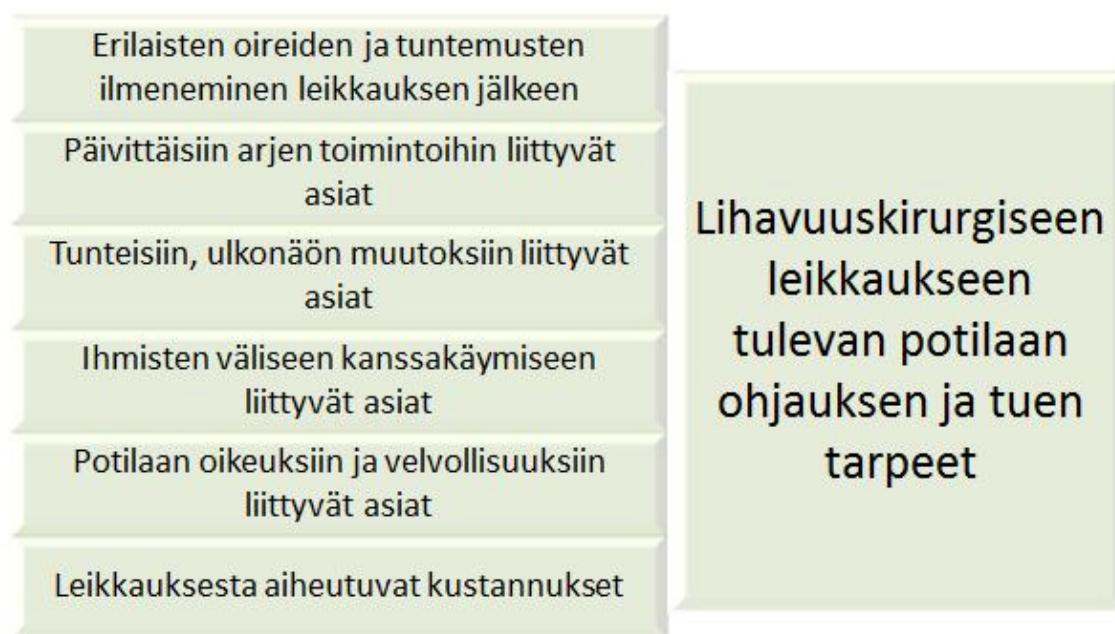
Vastanneista suurin osa halusi tukea ja ohjausta potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista. Potilaan sitoutumisen ja elämäntapojen muutosta koskeviin päätöksiin ohjausta ja tukea vastanneet halusivat 88,2 prosentin verran, josta 47,1 % tarvitsivat ”vähän” tukea. Keskiarvo oli 1,35. Omaan rooliin painon hallinnassa ohjausta ja tukea ei tarvinnut lainkaan viisi vastannutta, mutta keskiarvo oli silti melko korkea 1,19. (Taulukko 5).

Taulukko 6. Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Kela-korvaukset	17	100	0,53	0,8
ei lainkaan	11	64,7		
vähän	3	17,6		
jonkin verran	3	17,6		
paljon	0	0		
Sairasloman pituus	17	100	0,24	0,562
ei lainkaan	14	82,4		
vähän	2	11,8		
jonkin verran	1	5,9		
paljon	0	0		
Komplikaatiot ja niistä aiheutuneet sairauspäivät	17	100	0,76	0,831
ei lainkaan	8	47,1		
vähän	5	29,4		
jonkin verran	4	23,5		
paljon	0	0		
Myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset	17	100	1,12	0,781
ei lainkaan	3	17,6		
vähän	10	58,8		
jonkin verran	3	17,6		
paljon	1	5,9		

Ennen leikkausta halutaan ohjausta keskiarvon mukaan eniten myöhemmistä mahdollisista korjausleikkauksien kustannuksista, jossa keskiarvo oli 1,12. Vähiten ohjausta vastanneet tarvitsivat sairausloman pituudesta: keskiarvo 0,24 ja "ei lainkaan" vastauksia 82,4 %. Kela-korvauksista tukea ja ohjausta tarvitsi "vähän" ja "jonkin verran" vastanneista vähän yli kolmannes eli kuusi henkilöä. Komplikaatioista ja niistä aiheutuneista sairauspäivistä alle puolet vastanneista ei tarvinneet lainkaan ohjausta. (Taulukko 6).

### 7.1.2 Laadullinen aineisto

Lihavuuskirurgiseen leikkaukseen tulevan potilaan ohjauksen ja tuen tarpeiden laadullinen aineisto on luokiteltu haastattelulomakkeiden pohjalta kuuteen eri yläluokkaan: "Erilaisten oireiden ja tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen", "Päivittäisiin arjen toimintoihin liittyvät asiat", "Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat", "Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat", "Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat" ja "Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset". (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Lihavuuskirurgiseen leikkaukseen tulevan potilaan tuen ja ohjauksen tarpeet.

Taulukko 7. Erilaisten oireiden ja tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Leikkaukseen liittyvä kipu	Erilaisten oireiden ja tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen
Leikkauksesta aiheutuvat komplikaatiot	
Lepoon ja nukkumiseen liittyvät ongelmat	
Ruoansulatuskanavan häiriöt	

Yläluokka "Erilaisten oireiden ja tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen" koostuu seuraavista alaluokista: "Leikkaukseen liittyvä kipu", "leikkauksesta aiheutuvat komplikaatiot", "lepoon ja nukkumiseen liittyvät ongelmat" ja "ruoansulatuskanavan häiriöt". Haastateltavat määrittivät ohjauksen ja tuen lähteiksi preoperatiivisesti vertaistuen ja sosiaalisen median. Haastateltavat toivoivat saavansa ohjausta ja tukea sairaanhoitajalta, ravitsemusterapeutilta ja "ammattitukihenkilöltä". (Taulukko 7.)

Leikkaukseen liittyvä kipu ei noussut teemana kovin merkittävästi esille. Kipu ei pelottanut, mutta kokemattomuus aikaisemmista suurista leikkauksista aiheutti huolta.

*"Uusi asia, ei aikaisempia leikkauksia. On pitänyt yhteyttä aikaisemmin leikattuun henkilöön. Ei pelkää"*

Leikkauksesta aiheutuvat komplikaatiot nostivat ohjaustarpeeksi potilaan tiedottamisen. Potilaat toivoivat saavansa tietoa siitä, että mihin otetaan yhteyttä mahdollisten komplikaatioiden ilmaantuessa kotioloissa. Mikä on vatsakipujen merkitys komplikaationa? Millaista on normaalia leikkauksesta johtuvaa kipua ja sen kesto. Komplikaatioista ei ollut annettu ohjausta haastatelluille preoperatiivisesti.

Preoperatiivisesti haastateltuna potilaat pitivät ruoansulatuskanavan häiriötä selvyytenä. Esille nousi selkeästi se, että potilailla oli ratkaisu tai selitys mahdolliselle pahoinvoinnille. Kuitenkin, huoleksi nousi myös ruokavalion muutos ja sen aloittaminen. Ruokavalion eteneminen liemistä soseisiin ja lopulta kiinteisiin kiinnosti.

*"Jos syö ja/tai juo liikaa. Annettuja ohjeita on noudatettava."*

Lepoon ja nukkumiseen liittyvät ongelmat eivät tulleet esille kovinkaan suurena ohjaustarpeena. Mahdollinen uniapnea oli yksi teema, epäselväksi jäi oliko uniapnea diagnosoitu vai ei. Uniapnealaitteen tarve tai sairaalassa olevan uniapnealaitteen olemassaolo on hyvä tiedottaa potilaalle ajoissa.

Taulukko 8. Päivittäisiin arjen toimintoihin liittyvät muutokset.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Liikkuminen	Päivittäisiin arjen toimintoihin liittyvät muutokset
Syöminen ja juominen	
Peseytyminen	
Ihon hoito	
Leikkaushaavan hoito	
Fyysisten harjoitusten alkaminen	
Leikkaukseen liittyvä lääkehoito	
Perussairauteen liittyvä lääkehoito	

Yläluokka "päivittäisiin arjen toimintoihin liittyvät muutokset" pitää sisällään alaluokat: "liikkuminen", "syöminen ja juominen", "peseytyminen", "ihon hoito", "leikkaushaavan hoito", "fyysisten harjoitusten alkaminen", "leikkaukseen liittyvä lääkehoito" ja "perussairauteen liittyvä lääkehoito". (Taulukko 8.)

Liikkumisen suhteen tuen ja ohjauksen tarve liittyi liikuntaharrastuksen jatkamiseen leikkauksen jälkeen. Moni ilmoittaa liikkuvansa jo nyt ja saaneensa siihen ohjausta. Tuen ja ohjauksen tarve on vähäinen koska leikkaukseen tulevat ovat sitoutuneet pudottamaan painoaan liikunnan ja ruokavalion muodossa. Mahdollisen ohjauksen toteuttajaksi haastateltavat ehdottavat sairaanhoitajaa.

Syöminen ja juominen ovat tämän yläluokan ylivoimaisesti suurin ohjauksen ja tuen tarve. Potilaat halusivat ohjausta ja tukea syömisessä, juomisessa ja ruokavalion noudattamisessa, vaikka olivatkin jo saaneet ohjausta muun muassa ravitsemusterapeutilta, terveyskeskuksesta ja internetistä.

*"Saanut jo ravitsemusterapeutilta sekä LILE:n sivuilta. Tarvitsee kuitenkin ohjausta."*

Ihon hoito aiheutti lähinnä hyvin yksilökohtaisia kysymyksiä ja ohjauksen tarpeita. Esimerkiksi: mikä on leikkauksen vaikutus ihosairauteen ja ihon kuivuminen leikkausta edeltävän dieetin aikana.

Leikkaushaavan hoitoon liittyvä tuen ja ohjauksen tarpeita oli haavan puhtaanapito ja infektion merkit sekä leikkaushaavan hoito yleensä. Leikkaushaavan hoidosta ohjataan hyvin kotiutuksen yhteydessä ja samaa olettaa eräs haastateltavakin.

*"Saa varmaan ohjeet."*

Fyysisten harjoitusten alkaminen. Liikunnan aloittaminen ja sen asteittainen koventaminen herättivät ohjaustarpeita samoin kuin ylösnouseminen. Osa oli jo saanut tai saamassa ohjausta sairaalasta ryhmäneuvonnasta tai fysioterapeutilta. Ennen leikkausta haastateltavat kokivat tarvitsevansa lisää ohjausta liikunnasta.

*"Uskoo, että ryhmäneuvonnassa ennen leikkausta saa tiedot.*

*Ylösnouseminen? Milloin uimaan ja miten nopeasti pitkiä kävelylenkkejä?"*

Leikkaukseen liittyvä lääkehoito herätti paljon ohjauksen ja tuen tarpeita. Kiinnostuksen kohteeksi määrittyi lähinnä kipulääkitys. Kipulääkityksen yhteensopivuus, kipulääkityksen laatu ja kipulääkitykseen liittyvät yleiset asiat olivat haastattelussa ilmenneitä aiheita. Aikaisemmassa kohdassa "kipu", jota käsiteltiin yläluokassa "erilaisten oireiden ja tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen" selvisi, ettei kipu ole suurempia ohjaustarpeita herättävä asia, mutta kipulääkitys tämän alaluokan mukaan olisi tärkeää. Ohjauksen lähteeksi ehdotettiin anestesia-lääkäreitä ja sairaanhoitajaa.

*"Mikä on lääkitys. Vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Käytännöt eivät yhtenäisiä valtakunnallisesti"*

Perussairauteen liittyvä lääkehoito. Ohjauksen tarpeiksi nousi lääkitys leikkauksen jälkeen, muuttuuko annostukset tai voidaanko lääkkeestä kokonaan luopua. Moni toivoisi verenpainelääkityksen pienenevän. Myös lääkkeiden ottomuoto kiinnosti.

*"Pystyykö nielemään vai pitääkö piikittää?"*

Taulukko 9. Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Mielialaan liittyvät tuntemukset	Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat
Muutokset omassa kehossa	
Muutokset omassa ulkonäössä	
Painon muutokset	

Yläluokka "Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat" pitää sisällään alaluokat: "mielialaan liittyvät tuntemukset", "muutokset omassa kehossa", "muutokset omassa ulkonäössä" ja "painon muutokset". (Taulukko 9.)

Mielialaan liittyvät tuntemukset herättivät sekä positiivisia että negatiivisia ajatuksia haastateltavissa. Osa toi esille masennuksen ja terapiakäynnit, mutta osa taas ilmoitti odottavansa innolla leikkausta. Ohjaustarpeeksi tästä alaluokasta nousee myös ailahtelevasta mielestä aiheutuva riippuvaisuus laihduttamisesta. Tuen tarpeeksi esitetään tukihenkilöä, joka tietäisi potilaan koko tulevan prosessin.

Tuen ja ohjauksen tarpeita kohdassa "muutokset omassa kehossa" aiheutti pelko siitä, että iho jäisi roikkumaan ja muutoksen suuruus. Vastaajat ilmoittivat kuitenkin pitävänsä muutoksia positiivisina, itsetuntoa kohottavina asioina. Moni vastaajista oli myös kokenut painon suuriakin heilahteluja ja tiesi mitä tulevan pitää. Ohjaustarpeen lähteeksi ehdotettiin ravitsemusterapeuttia.

*"Laihtunut jo 20 kg. Suhtautuu positiivisesti. Joku paikka roikkuu, mutta antaa roikkua."*

Aineiston kohdassa "muutokset ulkonäössä" vaatteita ja niiden sopivuutta pohdittiin paljon. Ulkonäkö koettiin vähemmän tärkeänä kuin terveyttä. Ohjauksen ja tuen tarpeiksi ilmeni huoli siitä, että osaako olla laiha, kun on ollut koko ikänsä ylipainoinen. Kokonaisuudessaan tämä alaluokka koettiin positiiviseksi voimavaraksi.

Painon muutokset. Haastateltavat nostivat tässä alaluokassa esiin paljon erilaisia ajatuksia, he olivat valmistautuneet painon muutoksiin erityisen hyvin, ja heillä oli siitä realistiset käsitykset. Vastauksissa korostettiin valmistautumisen tärkeyttä, siinä tapauksessa, että painon lasku pysähtyisi ja tietoa siitä mitä saa syödä. Ohjauksen ja tuen tarpeita painon muutoksissa ei noussut haastatteluista esille. Tuen lähteeksi on ilmoitettu internet.

*"Ei suuria odotuksia. Tyytyväinen, jos 30 kg pois. Voi mennä toiseen ääripäähän."*

Taulukko 10. Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kotona	Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat
Ystäväpiirissä	
Työpaikalla	
Toisten lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa	

Yläluokka "Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat" pitää sisällään alaluokat: "kotona", "ystäväpiirissä", "työpaikalla" ja "toisten lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa". (Taulukko 10.)

Aineistossa alaluokassa kotona ei tule tuen ja ohjauksen kohdalta mitään tarpeita. Haastateltavat ilmoittivat kertoneensa perheelleen ja saaneen näiltä paljon kannustusta, tukea ja ymmärrystä.

*"Suku ympärillä, kannustivat, kukaan ei vihoittele. Kertonut kaikille."*

Haastateltavat ilmoittavat kertoneensa tulevasta leikkauksesta ja elämäntapamuutoksesta myös ystäväpiirilleen. Suhtautuminen oli ollut asiallista ja kiinnostunutta, mutta sanottu on myös, että normaalipainoiset ystävät eivät ymmärrä leikkausta.

Ohjauksen ja tuen tarve ihmisten väliseen kanssakäymiseen työpaikalla ei noussut kovin suureksi aiheeksi. Haastateltavat olivat eri lähtökohdissa, opiskelivat, olivat eläkkeellä tai töissä. Töissä olevat olivat puhuneet leikkauksesta työpaikallaan. Ohjauksen ja tuen tarpeeksi voisi määritellä asian esille ottaminen työpaikalla, kenelle kertoa vai kertoako kaikille.

*"Työpaikalla tietää yksi työkaveri ja kaksi esimiestä. Huhut levisivät. Ei tiedetä mistä kysymys"*

Vertaistuki koetaan haastateltavien keskuudessa tärkeäksi. Moni haastateltavista on käynyt LILE:n sivustolla saaden sieltä paljon tietoa ja tukea. Myös yllättävän moni tuntee jonkun, joka on käynyt lihavuusleikkauksessa ja kokee keskustelut kokeneemman kanssa tärkeäksi. Aineistosta käy ilmi myös se, että leikkaukseen tulevat ovat halukkaita kohtaamaan leikkauksen jo läpikäyneitä.

*"Vertaistuki tärkeää, tietää ja ymmärtää. Sama kokemus ja samat sairaudet."*



Taulukko 11. Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Potilaan sitoutuminen ja elämäntavan muutosta koskevat päätökset	Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat
Oma roolinne painon hallinnassa	

Yläluokka "Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat" pitää sisällään alaluokat: "potilaan sitoutuminen ja elämäntavan muutosta koskevat päätökset" ja "oma roolinne painon hallinnassa". (Taulukko 11.)

Potilaan sitoutuminen ja elämäntavan muutosta koskevat päätökset. Haastateltavat olivat ymmärtäneet ja ilmoittaneet leikkauksen merkityksen laihtumisessa sekä määrittelevät sen tukitoimeksi että avuksi. Vastauksissa painotetaan ohjeiden ja ruokavalion noudattamista, ja että muutos sekä vastuu ovat vain itsestään kiinni. Elämäntapamuutokseen kannustaa tulevaisuuden näkymät. Ohjauksen ja tuen tarpeeksi nousi pelko mahdollisista retkahduksista ahmimiseen ja yösyömiseen.

*"Leikkaus vain auttaa. Tietää oman roolinsa ja vastuunsa."*

Oma roolinne painonhallinnassa. Aineistosta selviää, että haastateltavat tuntevat oman roolinsa ja vastuunsa. Tuen ja ohjauksen tarpeeksi on esitetty painonhallintaan ja ruokavalioon liittyvää lisäohjausta. Ohjauksen toteuttajaksi on ehdotettu ravitsemusterapeuttia.

*"On pääosassa, kukaan muu ei pysty laittamaan ruokaa suuhun."*

Taulukko 12. Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kela-korvaukset	Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset
Sairasloman pituus	
Myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset	

Yläluokka "Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset" pitää sisällään alaluokat: "kela-korvaukset", "sairasloman pituus" ja "myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset". (Taulukko 12.)

Kela-korvauksien suhteen haastateltavien ohjauksen tarpeiksi nousivat matkakorvaukset, leikkaus- ja lääkekustannukset. Vitamiinien korvattavuus kiinnosti, koska niitä pitäisi syödä koko loppuelämän.

Haastateltavat olivat tietoisia sairausloman pituudesta ja pitivät sitä riittävänä. Sairausloman pituus ei aiheuttanut leikkausta edeltävästi ohjauksen tai tuen tarpeita.

Myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset. Ohjaustarpeeksi nousi tieto siitä, että mitä ja milloin korjataan yksityisellä sekä milloin kunnallisella puolella. Mitä on mahdollisuus saada ja mistä pitää itse maksaa? Osa haastateltavista ei pitänyt tätä asiaa vielä ajankohtaisena.

*"Selvittää jos tulee eteen."*

Muut ohjauksen ja tuen tarpeet

Haastateltavat eivät leikkausta edeltävästi osanneet nimetä muita ohjauksen ja tuen tarpeita. Tähän vastanneet ilmoittivat saaneensa jo nyt tiedot, joita olivat halunneet ja saavansa lisää ohjeita, kun niitä tarvitsevat.

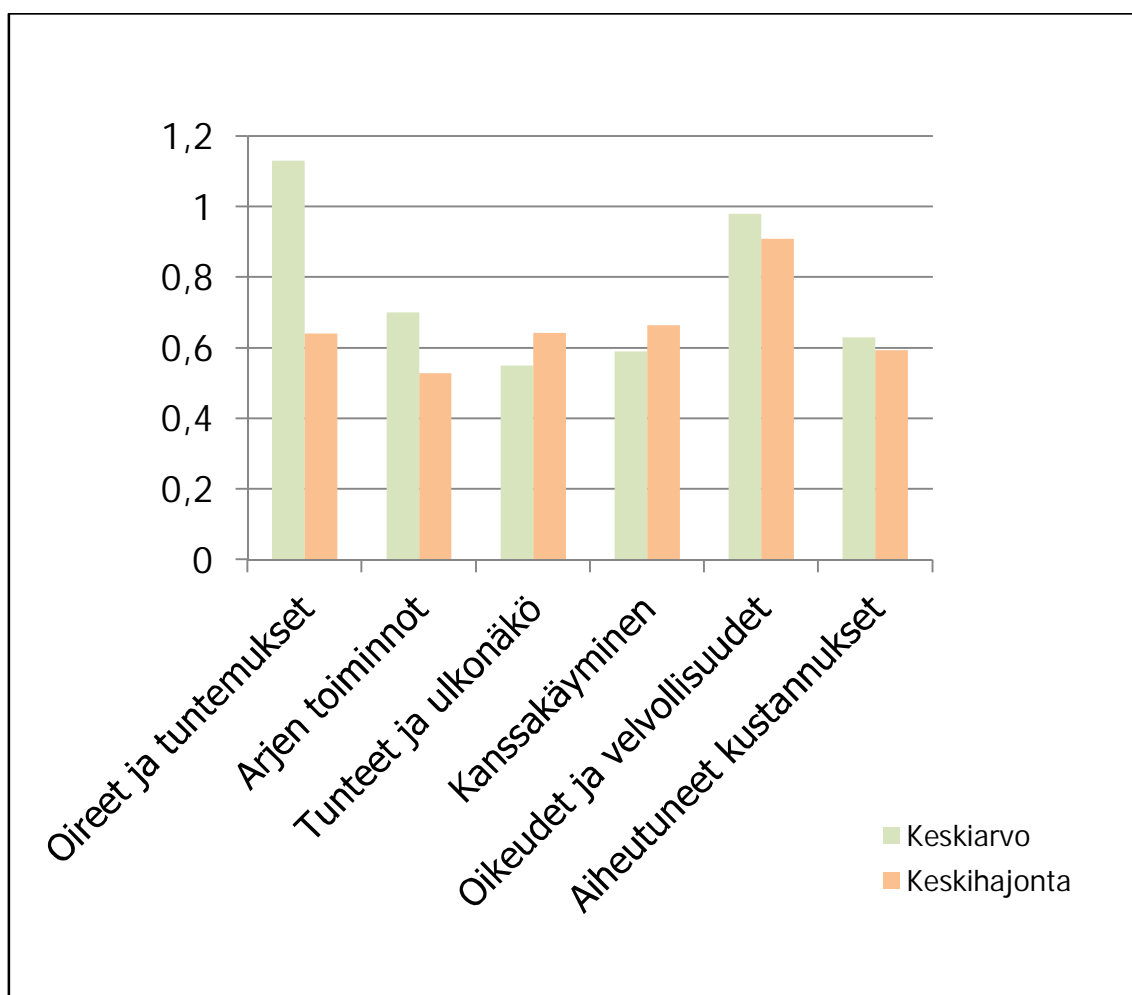
Tukihenkilö

Haastattelussa kysyttiin: "Kuka on mahdollinen tukihenkilönne leikkaus- ja hoitoprosessin aikana?". Kaikilta haastateltavilta löytyi tukihenkilö. Tukihenkilöiksi ilmoitettiin ystävä, aviomies, lähiperhe, ystävä joka menossa samaan leikkaukseen ja työterveyslääkäri. Haastateltava esitti toiveen henkilökohtaisesta tukihenkilöstä, joka olisi alan ammattilainen. Tukihenkilön roolia tai tukihenkilöön kohdistuvia odotuksia ei määritelty erikseen.

## 7.2 Haastattelut leikkauksen jälkeen

### 7.2.1 Määrällinen aineisto

Leikkauksen jälkeisiä haastatteluja on tehty kaksikymmentä ( $n=20$ ). Vastaajien iän keskiarvo oli 47 vuotta. Vanhin vastannut oli 62 ja nuorin 28 vuotta. Vastaajien keskipaino haastatteluhetkellä oli 118,6 kg. Kevyin haastateltava painoi 81 kg ja painavin 175 kg. Vastanneista 4 (20 %) oli miehiä ja 16 naisia (80 %). Haastateltavilta kysyttiin myös leikkaustyyppiä ja siitä kulunutta aikaa. Ohitusleikkauksia oli tehty 16 (80 %) ja typistysjä 4 (20 %). Leikkauksesta kulunut aika haastatteluhetkellä vaihteli yhdestä ( $n=3$ ) kuukaudesta kahteenkymmeneen ( $n=1$ ). Yleisin haastatteluajankohta oli 1,5 kuukautta leikkauksen jälkeen, jolloin haastatteluista tehtiin yhdeksän. Haastatteluja suoritettiin myös kaksi ( $n=6$ ) ja kolme ( $n=1$ ) kuukautta leikkauksen jälkeen.



Kuvio 3. Yläluokkien keskiarvo (vaihteluväli 0–3) ja -hajonta. Lihavuuskirurgisessa leikkauksessa olleiden ohjauksen ja tuen tarpeet.

Leikkauksen jälkeen lihavuuskirurgiset potilaat tarvitsevat eniten ohjausta ja tukea erilaisten oireiden tai tuntemusten kanssa keskiarvon ollessa 1,13. Seuraavaksi eniten ohjausta ja tukea haluttiin potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista (ka 0,98). Pienin keski-arvo oli tunteiden ja ulkonäön muutoksissa, jossa se oli 0,55. Myös ihmisten välisissä kanssakäymisissä tuen ja ohjauksen tarve oli melkein yhtä vähäinen (ka 0,59). Keskihajonta oli korkeimmillaan potilaan oikeuksien ja velvollisuuksien kohdalla (0,91). Päivittäisten arjen toimintojen kohdalla keskihajonta oli vähäisintä (0,529). (Kuvio 3.)

Taulukko 13. Erilaisten oireiden tai tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen

	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Kipu	20	100	1,3	0,979
ei lainkaan	5	25		
vähän	6	30		
jonkin verran	7	35		
paljon	2	10		
Pahoinvointi	20	100	1,1	1,119
ei lainkaan	8	40		
vähän	5	25		
jonkin verran	4	20		
paljon	3	15		
Lepoon ja nukahtamiseen liittyvät ongelmat	20	100	0,4	0,598
ei lainkaan	13	65		
vähän	6	30		
jonkin verran	1	5		
paljon	0	0		
Leikkauksen jälkeisten häiriöiden/ haittavaikutukset jokapäiväisessä elämässä	20	100	1,7	1,031
ei lainkaan	3	15		
vähän	5	25		
jonkin verran	7	35		
paljon	5	25		

Leikkauksen jälkeisiin häiriöihin tai haittavaikutuksiin jokapäiväisessä elämässä tunnettiin tarvitsevan huomattavasti ohjausta ja tukea. Keskiarvo nousi 1,7:ään ja ”paljon” tukea tarvitsevia oli neljännes sekä ”jonkin verran” 35 % vastanneista. Vastaajista 17 (85 %) tunsivat tarvitsevänsä ohjausta ja tukea ainakin ”vähän”. Pienin keskiarvo 0,4 oli lepoon ja nukahtamiseen liittyvissä ongelmissa, jossa ”ei lainkaan” – vastauksia oli vajaa kaksi kolmasosaa. Pahoinvointiin liittyvässä kysymyksessä vastausten vaihtelu oli suurta keskihajonnan ollessa 1,119. ”Ei lainkaan” vastanneiden osuus oli korkein 40 %, mutta silti 60 % vastaajista tarvitsi ohjausta ja tukea. Kipuun ohjausta ja tukea tarvitsi kolme neljästä vastaajasta keskiarvon ollessa 1,3.

Keskihajonta oli 0,979, joka kertoo, että vastaajien tuen määrän tarve kuitenkin vaihteli. (Taulukko 13.)

Taulukko 14. Päivittäisiin arjen toimiin liittyvät asiat				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Liikkuminen	20	100	0,55	0,945
ei lainkaan	13	65		
vähän	5	25		
jonkin verran	0	0		
paljon	2	10		
Syöminen, juominen	20	100	1,8	1,105
ei lainkaan	3	15		
vähän	5	25		
jonkin verran	5	25		
paljon	7	35		
Peseytyminen	20	100	0,05	0,224
ei lainkaan	19	95		
vähän	1	5		
jonkin verran	0	0		
paljon	0	0		
Ihon hoito	20	100	0,3	0,657
ei lainkaan	16	80		
vähän	2	10		
jonkin verran	2	10		
paljon	0	0		
Leikkaushaavan hoito	20	100	0,55	0,887
ei lainkaan	13	65		
vähän	4	20		
jonkin verran	2	10		
paljon	1	5		
Fyysisten harjoitusten alkaminen	20	100	0,75	0,967
ei lainkaan	11	55		
vähän	4	20		
jonkin verran	4	20		
paljon	1	5		
Leikkaukseen liittyvä lääkehoito	20	100	0,65	0,875
ei lainkaan	12	60		
vähän	3	15		
jonkin verran	5	25		
paljon	0	0		
Perussairauteen liittyvä lääkehoito	20	100	0,95	1,05
ei lainkaan	10	50		
vähän	2	10		
jonkin verran	7	35		
paljon	1	5		

Päivittäisiin arjen toimintoihin ohjausta ja tukea tarvittiin keskiarvojen puolesta melko vähän, paitsi syömiseen ja juomiseen liittyvissä asioissa, jossa keskiarvo oli 1,8. Tämä oli kaikkien kysymyksien keskiarvoista korkein. ”Paljon” vastanneita oli myös kaikista eniten. Yli Kolmasosa vastasi ”paljon” ja yleensä muissa kysymyksissä yleisin

vaihtoehto "ei lainkaan" vastattiin vain kolme kertaa (15 %). Myös perussairauteen liittyvässä lääkehoidossa keskiarvo kohosi 0,95 ja puolet vastaajista tarvitsi ohjausta ja tukea ainakin "vähän". Peseytymiseen (ka 0,05) ohjausta ja tukea ei vastaajien keskuudessa juurikaan tarvittu, kun 95 % vastasi "ei lainkaan" ja 5 % "vähän". Fyysisen harjoittelun alkamisen ja liikkumisen ohjauksen ja tuen tarpeet vaihtelivat vastaajilla, keskihajontojen ollessa 0,967 ja 0,945. Liikkumiseen tarvittavaa ohjausta ja tukea vastaajista tarvitsi "ei lainkaan" noin kaksi kolmasosaa, mutta silti 10 % tarvitsi ohjausta "paljon". Fyysisten harjoitusten alkamiseen haastateltavista yli puolet eivät tarvinneet ohjausta. (Taulukko 14.)

Taulukko 15. Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Mielialaan liittyvät tuntemukset	20	100	0,95	1,05
ei lainkaan	9	45		
vähän	5	25		
jonkin verran	4	20		
paljon	2	10		
Muutokset omassa kehossa	20	100	0,65	1,04
ei lainkaan	13	65		
vähän	3	15		
jonkin verran	2	10		
paljon	2	10		
Muutokset omassa ulkonäössä	20	100	0,25	0,786
ei lainkaan	18	90		
vähän	1	5		
jonkin verran	0	0		
paljon	1	5		
Painon muutokset	20	100	0,35	0,745
ei lainkaan	15	75		
vähän	4	20		
jonkin verran	0	0		
paljon	1	5		

Enemmistö vastanneista ei tuntenut tarvitsevänsä ohjausta ja tukea omaan ulkonäköön (ka 0,25) tai painon muutoksiin (ka 0,35) liittyvissä asioissa. 90 % oman ulkonäön ja 75 % painon muutoksiin liittyvissä asioissa vastasi "ei lainkaan", mutta molemmissa kohdissa yksi vastannut tarvitsi kuitenkin ohjausta ja tukea "paljon". Muutoksiin omassa kehossa vastanneet eivät olleet niin yksimielisiä, mutta kuitenkin enemmistö (65 %) vastasi "ei lainkaan". Mielialaan liittyviin tuntemuksiin ohjauksen ja tuen tarpeen määrä vaihteli keskihajonnan ollessa 1,05 ja keskiarvon 0,95. (Taulukko 15.)

Taulukko 16. Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Kotona	20	100	0,55	0,945
ei lainkaan	14	70		
vähän	2	10		
jonkin verran	3	15		
paljon	1	5		
Ystäväpiirissä	20	100	0,3	0,571
ei lainkaan	15	75		
vähän	4	20		
jonkin verran	1	5		
paljon	0	0		
Työpaikalla	20	100	0,35	0,875
ei lainkaan	17	85		
vähän	2	10		
jonkin verran	0	0		
paljon	1	5		
Toisten lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa	20	100	1,15	1,309
ei lainkaan	10	50		
vähän	2	10		
jonkin verran	3	15		
paljon	5	25		

Selkeästi eniten ohjausta ja tukea vastanneet tarvitsivat toisten lihavuuskirurgisten leikkausten läpikäyneiden potilaiden kanssa liittyviin kanssakäymistilanteisiin, jossa keskiarvo oli 1,15. Keskihajonta oli korkea 1,309 ja vastaukset jakaantuivat niin, että vastaajista puolet vastasi "ei lainkaan", neljännes "paljon" ja neljännes "vähän" tai jonkin verran". Muiden kysymysten keskiarvot jäivät alhaisiksi, mutta kotiin liittyviin kanssakäymistilanteisiin vajaa kolmannes tarvitsi tukea ainakin "vähän". (Taulukko 16.)

Taulukko 17. Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Potilaan sitoutuminen ja elämäntavan muutosta koskevat päätökset	20	100	1,05	1,099
ei lainkaan	9	45		
vähän	3	15		
jonkin verran	6	30		
paljon	2	10		
Oma roolinne painon hallinnassa	20	100	0,9	1,071
ei lainkaan	10	50		
vähän	4	20		
jonkin verran	4	20		
paljon	2	10		

Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvissä asioissa ohjauksen ja tuen tarpeen keskiarvot ovat laskeneet ennen leikkausta olevista. Kuitenkin ohjausta ja tukea tarvitsi

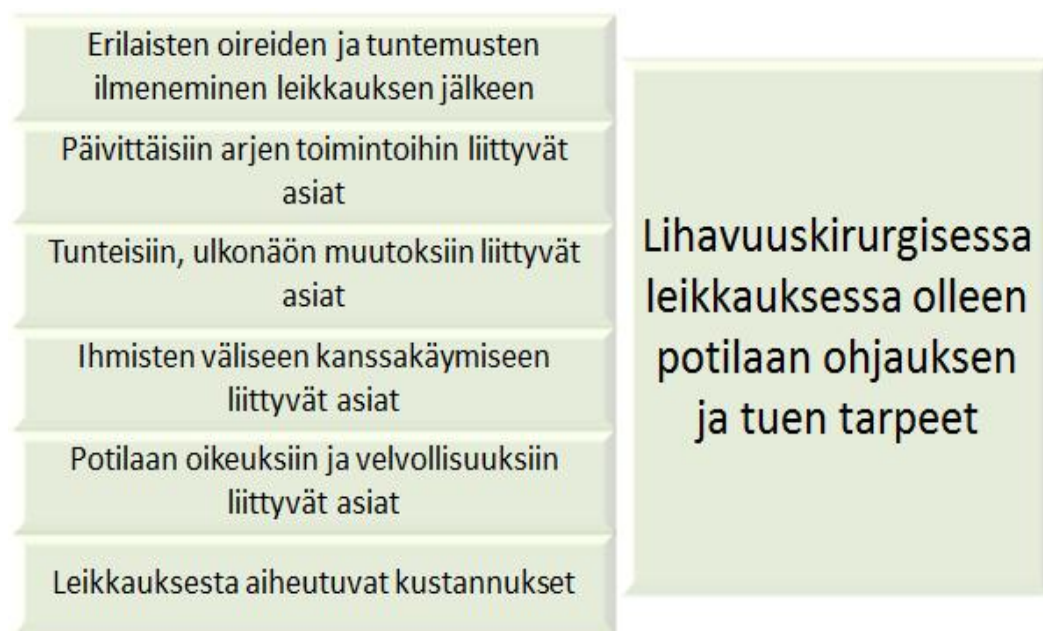
ainakin "vähän" yli puolet (55 %) potilaan sitoutumisessa ja elämäntapojen muutoksissa sekä puolet (50 %) omassa roolissaan painon hallinnassa. Ohjauksen ja tuen tarpeen määrä vastaajilla kuitenkin vaihteli, jonka takia keskihajonnat nousivat yli yhden (1,099 ja 1,071). (Taulukko 17.)

Taulukko 18. Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Kela-korvaukset	20	100	0,15	0,366
ei lainkaan	17	85		
vähän	3	15		
jonkin verran	0	0		
paljon	0	0		
Sairasloman pituus	20	100	0,5	0,827
ei lainkaan	14	70		
vähän	2	10		
jonkin verran	4	20		
paljon	0	0		
Komplikaatiot ja niistä aiheutuneet sairauspäivät	20	100	0,7	1,031
ei lainkaan	13	65		
vähän	1	5		
jonkin verran	5	25		
paljon	1	5		
Myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset	20	100	1,15	1,309
ei lainkaan	10	50		
vähän	2	10		
jonkin verran	3	15		
paljon	5	25		

Leikkauksesta aiheutuvista kustannuksista ohjausta vähiten tarvittiin kela-korvauksista, jossa keskiarvo oli 0,15. Vastauksista 85 % oli "ei lainkaan" ja 15 % "vähän". Eniten kaivattiin ohjausta myöhemmissä mahdollisissa korjausleikkauksien kustannuksissa, johon neljännes oli vastannut paljon ja neljännes "vähän" tai "jonkin verran". Myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannusten keskiarvo oli 1,15 ja keskihajonta oli 1,309. Puolet vastanneista koki, ettei tarvitse lainkaan ohjausta tai tukea kustannuksiin liittyvissä kysymyksissä. Sairasloman pituudesta ja komplikaatioista ja niistä aiheutuneista sairauspäivistä noin kaksi kolmasosaa vastaajista ei tarvinnut lainkaan ohjausta ja tukea. (Taulukko 18.)



## 7.2.2 Laadullinen aineisto



Kuvio 4. Lihavuuskirurgisessa leikkauksessa olleen potilaan ohjauksen ja tuen tarpeet.

Postoperatiivisen potilaan ohjauksen ja tuen tarpeiden laadullinen aineisto luokiteltiin samoihin kuuteen yläluokkaan kuten preoperatiivinen aineisto: "Erilaisten oireiden tai tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen", "päivittäisiin arjen toimintoihin liittyvät asiat", "tunteisiin ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat", "ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat", "potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat" sekä "leikkauksesta aiheutuvat kustannukset". (Kuvio 4.)

Taulukko 19. Erilaisten oireiden ja tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Leikkaukseen liittyvä kipu	Erilaisten oireiden ja tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen
Leikkauksesta aiheutuvat komplikaatiot	
Lepoon ja nukkumiseen liittyvät ongelmat	
Ruoansulatuskanavan häiriöt	

Leikkaukseen liittyvää kipua esiintyi jokaisella haastateltavista. Kipua aiheuttivat äkkinäiset liikkeet, raskas työ, nosteleminen, vasemman keuhkon kasaan painuminen, liikkuminen ja ylösnouseminen. Kipua esiintyi vasemmassa kyljessä ja se aiheutti pelkoa, hengitysvaikeuksia, liikkeiden varomista ja hätäntymistä. Kipu kesti enimmillään jopa kahdeksan viikkoa. Moni ilmoitti kipulääkkeiden auttavan hyvin. Ohjausta ja tuen tarvetta aiheutti huoli siitä, että minkälainen kipu on normaalia ja asiaan kuuluvaa.

*”Kipua esimerkiksi äkkinäisissä liikkeissä, automatkat hankalia.”*

Lepoon ja nukkumiseen liittyviä ongelmia olivat runsas hikoilu, joka oli alkanut leikkauksen jälkeen, mikä häytti nukkumista. Öisin herääminen suun kuivumiseen ja kipuihin vaikeuttivat nukkumista, joka taas aiheutti väsymystä päivisin. Haastateltavat eivät ilmoittaneet saaneensa ohjausta edellä mainittuihin ongelmiin.

Ruoansulatuskanavan häiriöissä haastateltavat ilmoittivat tarvitsevansa ohjausta leikkauksen jälkeen seuraavissa asioissa: pitkään jatkuneessa ummetuksessa, ilmavaivoissa ja kiertävässä tunteessa vatsassa, pahoinvoinnissa ja oksettavassa olossa. Haastateltavista moni tiesi, mikä omalla kohdallaan aiheutti pahoinvointia ja oksettavaa oloa, näitä olivat rasvainen ja makea ruoka, liika syöminen tai juominen, liian nopea syöminen, syömättömyys ja syömisen aikainen tai jälkeinen pahoinvointi. Myös ruokailuun liittymätöntä pahoinvointia esiintyi. Pahoinvointia esiintyi niin sairaalassa kuin kotonakin.

*”Pahoinvointia syömisen yhteydessä, jos syö liikaa tai liian nopeasti niin alkaa oksentaa.”*

Leikkauksesta aiheutuvat komplikaatiot. Suurin osa vastaajista ilmoitti, että komplikaatioita ei ollut. Komplikaatiota kuitenkin ilmeni haastateltavilla. Yhdellä potilaalla kotiutuksen jälkeen alkoi kuumeilu, jonka takia haastateltava palasi takaisin sairaalaan. Toisella alkoi kovat vatsakivut, jotka ilmenivät kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen. Hän joutui päivystykseen. Kivut menivät ohi itsestään viikon kuluttua, kipujen syytä ei saatu selville.

Taulukko 20. Päivittäisiin arjen toimintoihin liittyvät muutokset.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Liikkuminen	Päivittäisiin arjen toimintoihin liittyvät muutokset
Syöminen ja juominen	
Peseytyminen	
Ihon hoito	
Leikkaushaavan hoito	
Fyysisten harjoitusten alkaminen	
Leikkaukseen liittyvä lääkehoito	
Perussairauteen liittyvä lääkehoito	

Liikkuminen ei aiheuttanut ohjauksen ja tuen tarpeita leikkauksen jälkeen. Sairaalassaoloaikana ja sen jälkeen tuen ja ohjauksen lähteiksi haastateltavat ilmoittivat sairaanhoitajan, fysioterapeutin, ravitsemusterapeutin ja ystävän.

”Ystävien kanssa yhdessä liikkumista, toinen tukee toista. Jaksaa paremmin lähteä liikkeelle.”

Syöminen ja juominen on haastateltujen vastauksista päätellen hyvin ohjattu ja tuettu aihe. Vastaajat ilmoittavat miten, milloin ja miksi on ohjattu muun muassa ruokamäärien, ruokailuvälien tiheyden, ruoka-aineiden sopivuuden ja ruokavalion noudattamisen suhteen. Kaikki vastaajat olivat saaneet ohjausta ravitsemusterapeutilta ja osa sairaanhoitajilta sekä lääkäriltä. Tukea haastateltavat olivat saaneet vertaistuen muodossa, perheeltä ja ystäviltä. Pahoinvointi ja oksentelu sekä ruokahaluttomuus olivat keskeisimmät ongelmat syömisen ja juomisen suhteen. Osaa vastaajista huoletti myös riittävä proteiinin saanti ja hampaiden kunto, koska joutuu syömään niin usein.

*”Aluksi oksentelua, mutta sitten helpottanut. Ohjattu syömään ja juomaan lisää, koska syönyt aluksi liian vähän. Ei ruokahalua, ei janoa. Toissää ruokatauot hankala pitää kiireen vuoksi.”*

Peseytyminen ei aiheuttanut ohjauksen ja tuen tarpeita leikkauksen jälkeen. Vastaajat ilmoittivat saaneensa hyvät suulliset ohjeet hoitajalta kotiutuksen yhteydessä.

Ihon hoidon kanssa osa vastaajista ilmoitti saaneensa hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet ja osa ilmoitti, ettei saanut ohjausta ihon hoitoon lainkaan. Ohjaustarpeiksi muodostui ihon kuivuminen, löysän ihon hoito laihtuessa ja aikaisempi tiedotus arven tulevasta hoidosta. Ohjauksen antajiksi ilmoitettiin hoitajat.

*"Tikkien poiston jälkeen arven hoitoon saanut ohjausta, olisi kaivannut tietoa jo aikaisemmin."*

Leikkaushaavan hoito oli ruokailun ja juomisen lisäksi hyvin ohjattu. Kaikki vastaajat ilmoittivat saaneensa hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet haavan hoidosta. Haasteltavista pieni osa ilmoitti halunneensa saada tietoa haavan hoidosta aikaisemmin ja tietoa tikkien sulamisesta. Ohjauksen antajiksi ilmoitettiin sairaanhoitaja ja fysioterapeutti.

*"Hoitajat neuvoivat, ei saa nostella eikä rehkiä, ohjanneet ottamaan rauhallisesti."*

Fyysisten harjoitusten alkaminen. Haastateltavat olivat saaneet liikunnan aloittamisesta ja liikunnan asteittaisesta lisäämisestä ohjausta ja tukea fysioterapeutilta, lääkäriltä, ravitsemusterapeutilta ja hoitajilta. Ohjauksen tarpeiksi nousi leikkaussaumojen kestävyys rasituksessa, ohjeiden unohtaminen ja yksilökohtaisen harjoittelun aloittaminen, esimerkiksi koska salilla voi nostaa painoja tai milloin voi jatkaa uintiharrastusta.

*"Fysioterapeutti kertoi mitä tehdä ja milloin. Kävely alkoi heti, viiden viikon kuluttua vesijuoksu ja pyöräily."*

Leikkaukseen liittyvä lääkehoito. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa lääkehoitoon ja ohjaukseen liittyen lääkehoitoon. Ohjausta oli saatu hoitajilta ja lääkäreiltä. Ohjaustarpeeksi nousi kipulääkitys. Haluttiin tietää lääkkeen sivuvaikutuksista, ottoajoista, lääkeaineista ja millä tavalla vaikuttaa sekä tarvittava annostus. Lääkkeiden sivuvaikutuksista on hyvä mainita etukäteen, jos potilas ei sitä itse kysy tai edes mainitse niistä jälkikäteen. Napapiikin antamisen ohjaukseen oltiin tyytyväisiä.

*”Kipulääkitys, mitä sivuvaikutuksia ja mihin aikaan otetaan ja mitä kipulääkityksiä menee – eri vaikutus jne. Yksilöllisempi kivunhoito, sai lääkityksen mikä ei sopinut eikä vaihtoehtoja tälle. Koki, ettei saanut tarpeeksi kipulääkitystä.”*

Perussairauteen liittyvä lääkehoito ei herättänyt haastatelluissa ohjauksen tarpeita. Vastaajat ilmoittivat saaneensa muutoksia lääkityksiinsä ja niihin liittyvät uudet ohjeet.

Taulukko 21. Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Mielialaan liittyvät tuntemukset	Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat
Muutokset omassa kehossa	
Muutokset omassa ulkonäössä	
Painon muutokset	

Mielialaan liittyvät tuntemukset. Aineistosta käy ilmi, että vertaistuki ja ystävät ovat suurimmat tekijät, jotka vaikuttavat kohentavasti mielialaan. Ohjauksen tarpeeksi aineistosta nousi ammattilaisen näkökulman puuttuminen (psykologi), mielialaan vaikuttavan lääkehoidon puute, kivun aiheuttama pelko, yksinäisyys ja vertaistuen puute. Mielialaan vaikutti laskevasti myös huoli tulevaisuudesta, uusintaleikkaukseen joutuminen ja painon laskun hitauteen liittyvät tuntemukset.

*”Vertaistuki. Mieliala vaihtelee esim. kun paino ei laske. Keskustelu ja huumori apuna.”*

Muutokset omassa kehossa. Haastatteluista ei tullut esille ohjauksen tai tuen tarpeita. Osaa potilaista oli jo aikaisemmin lääkärin toimesta neuvottu miten toimitaan roikkuvan ihon kanssa. Moni ilmoitti, ettei vielä ole huomannut suurempia muutoksia kehossa. Huolta aiheutti kehon painopisteen muutokset ja millaista on olla normaalipainoinen. Tuen lähteiksi ilmoitettiin vertaistuki ja läheiset.

*"Paino laskenut vasta 5–6 kg, ei vielä suuria muutoksia."*

Painon muutokset. Haastateltavat kokivat tarvitsevansa tukea ja ohjausta hallitussa painonpudotuksessa ja ruokavalioon liittyvässä painonpudotuksen pysähtymisessä. Osalle laihduttaminen on jo tuttua ja he kertovatkin omaavansa painonpudottamisesta realistisen käsityksen. Haastateltavat toivovatkin tavoitteita asteittaiseen painonpudotukseen. Ohjausta ja tukea on saatu ravitsemusterapeutilta, lääkäriltä ja vertaistuen muodossa.

*"Omatoiminen painonseuranta on motivointiväline. Kannustaa tekemään oikein."*

Muutokset omassa ulkonäössä. Haastatellut eivät haastatteluhetkellä kokeneet tarvitsevansa ohjausta tai tukea ulkonäköön liittyvissä asioissa. Osa ei pidä ulkonäköä olennaisena vaan asettaa terveyden ensisijalle. Osa arvelee ulkonäön muuttuvan vasta pitkän ajan päästä ja mahdollisen ohjauksen tarpeen olevan vasta silloin. Tuen lähteiksi on mainittu lähipiiri ja ystävät.

*"Lähipiiri ja ystävät. Kehut, tsemppausta ja kannustusta. Ei ole kokenut painonpudotuksen myötä kateutta."*

Taulukko 22. Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kotona	Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat
Ystäväpiirissä	
Työpaikalla	
Toisten lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa	

Varsinaisia ohjauksen tai tuen tarpeita ei haastatteluista kohdassa kotona nouse. Moni on perheellinen ja kertoo perheen tuen olevan arvokasta ja tärkeää. Perhe on kannustanut ja auttanut potilasta päivän askareissa ja se on jopa aiheuttanut ajoittain kinastelua kotona.

*"Itse miehen kanssa osannut asiat hoitaa, ei ole tarvinnut ulkopuolista apua."*

Ystäväpiiri aiheuttaa haastatteluissa positiivisia että negatiivisia tuntemuksia. Enemmiltä osin ystävät ovat olleet suuri tuki ja voimavara. Ystävistä voi olla myös haittaa, potilaan laihtuminen ja elämänmuutos on aiheuttanut ystävässä kateellisuuden tunnetta, ystävä ei kannusta ja on negatiivinen. Tuen ja ohjauksen tarpeeksi esitetään opusta tai muuta neuvoa miten toimia ystävien kanssa.

*"Ystävät tietävät ja auttavat. Ei ongelmia, voi kyläillä ym. huomioivat potilaan ruokailun."*

Työpaikalla. Osa potilaista oli kertonut leikkauksesta työpaikalla ja osa ei ollut. Työtovereille leikkauksesta kertoneet sanovat saaneensa tukea ja kannustusta. Haastateltavat kokevat tiheän syömisen järjestämisen ongelmalliseksi työpaikallaan ja kokivat, että pitää syödä ja juoda salassa.

Toisten lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäyneet potilaat. Vertaistuen roolia suuren elämänmuutoksen alla ei voi väheksyä. Melkein kaikki potilaat kertovat saaneensa vertaistukea ja tarvitsevansa sitä. Vertaistuen lähteitä ovat olleet internetin

keskustelupalstat, sairaalassa samaan aikaan leikattavana olleet, ystävät ja myös aikaisemmin leikatut tutut. Haastateltavia jäi kalvamaan se, ettei vaihtanut yhteystietoja huonetovereiden kanssa sairaalassaoloaikanaan. Myös internetin puute aiheutti vertaistuen puuttumista.

*"Sairaalassa tutustunut muihin potilaisiin ja soittanut kotiutuksen jälkeen. Vaihtanut kokemuksia syömiseen ym. liittyen."*

Taulukko 23. Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Potilaan sitoutuminen ja elämäntavan muutosta koskevat päätökset	Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat
Oma roolinne painon hallinnassa	

Sitoutuminen ja elämäntavan muutokset. Haastateltavat kertovat tehneensä päätöksen ja sitoutuneensa siihen jo ennen leikkausta. Ohjauksen ja tuen tarpeita ei leikkauksen jälkeen ilmentynyt. Tukea ja ohjausta oli saatu hoitajilta ja ravitsemusterapeutilta muun muassa ruokailuun liittyen, jota pidettiin suurimpana elämäntapamuutoksena.

*"Sitoutunut elämäntavan muutokseen jo kauan ennen leikkausta, vaikka ei tiennyt mitä leikkaus tuo tullessaan. Leikkaus ollut suuri mahdollisuus."*

Oma roolinne painon hallinnassa. Haastateltavat ymmärtävät roolinsa ja tiedostavat leikkauksen olevan vain lisäapu painonhallintaan. Ravitsemusterapeutti oli ilmoitettu ohjauksen antajaksi ja tältä toivottaisiin pidempää seuranta leikkauksen jälkeen.

*"Ravitsemusterapeutti näyttänyt määrät ja nyt itse oppinut havainnoimaan mitä voi syödä ja missä määrin."*



Taulukko 24. Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kela-korvaukset	Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset
Sairasloman pituus	
Myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset	

Kela-korvaukset. Osa haastatelluista oli saanut ohjausta Kela-korvauksien hakemisen suhteen ja osa ei ollut saanut ohjausta lainkaan. Ohjauksen tarvetta oli, sillä haastateltaville aiheuttivat huolta epävarmuus Kela-tukien suhteen.

Sairasloman pituus. Suurin osa kysymykseen vastaajista ilmoitti sairasloman pituuden olevan liian lyhyt. Ongelmia aiheuttivat työpaikkaan liittyvä ahdistus ja salailu, syömisen ja juomisen yhteensovittaminen työn kanssa ja työn raskaus. Ennen leikkausta tehtyjen haastatteluiden mukaan suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä 4 viikon sairaslomaan.

*”Liian lyhyt. On keittiöalalla, mikä raskas työ. On yllätys kun kunto ei riitä ja kivut lisääntyvät.”*

Myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset. Moni vastaajista ilmoitti, ettei ollut vielä miettinyt asiaa tai aiheesta ei ollut vielä keskusteltu. Osalle haastatelluista oli asiasta jo tiedotettu ja heitä oli ohjattu seuraavissa asioissa: milloin korjataan kunnallisella ja milloin yksityisellä, mahdollisen leikkauksen kustannukset ja mikä oli laihtumisesta aiheutunut terveydellinen haitta. Ohjauksen lähteeksi ilmoitettiin lääkäri.

*”Ei ole tarvinnut ohjausta vielä. Kokee, että jos ei terveydellinen haitta, ei halua lisäleikkauksia. Erityisesti jos joutuu yksityiselle puolelle ja itse maksamaan.”*

## Selviytymiskeinot

Leikkauksen jälkeen haastatelluille potilaille esitettiin seuraava kysymys: ”Millaisia selviytymiskeinoja olette käyttäneet uuteen tilanteeseen sopeutumisessa leikkauksen jälkeen?”. Moni ilmoitti, ettei ollut tarvinnut selviytymiskeinoja vahvan luonteensa takia, kun taas toiset kertoivat hyötynensä esimerkiksi asiasta avoimesti puhumalla, omien ajatusten läpikäymisellä päiväkirjaa pitämällä, huumorilla ja läheisten tuella. Kotoa poistuessa vedenjuonnin ja syömisen suunnittelu oli koettu hyväksi selviytymiskeinoksi samoin kuin itsetunnon kohoaminen painonpudotuksen myötä.

## Tukihenkilö

Potilailta kysyttiin myös ”Kuka on ollut tukihenkilönne leikkaus- ja hoitoprosessin aikana?”. Jokaiselta lihavuusleikkaukseen tulevalta löytyi yksi tai useampi nimetty tukihenkilö, keskimäärin tukihenkilöitä potilasta kohden oli kolme. Tukihenkilöksi nimettiin puoliso, lapsi tai lapset, vanhemmat, sisarukset, lähiperhe, ystävät ja vertaistuki.

## Ennakko-oletukset

Haastattelussa kysyttiin ”Oliko toipumisessa mielestänne mitään ennakko-oletuksista poikkeavaa tai yllättävää?”. Noin kolmasosa vastaajista ilmoitti, että oli yllätynyt kuinka nopeasti toipui leikkauksesta. Yleisimmät vastaukset liittyivät kipuun sekä syömiseen ja juomiseen. Syömisen ja juomisen uudelleen opettelu ja säännöllinen rytmi tuottivat ongelmia monelle. Kipuihin varautuminen oli ollut puutteellista ja niiden kovuus yllätti monet. Myös pahoinvointi ja voimattomuus olivat ennakko-oletuksia kovemmat.

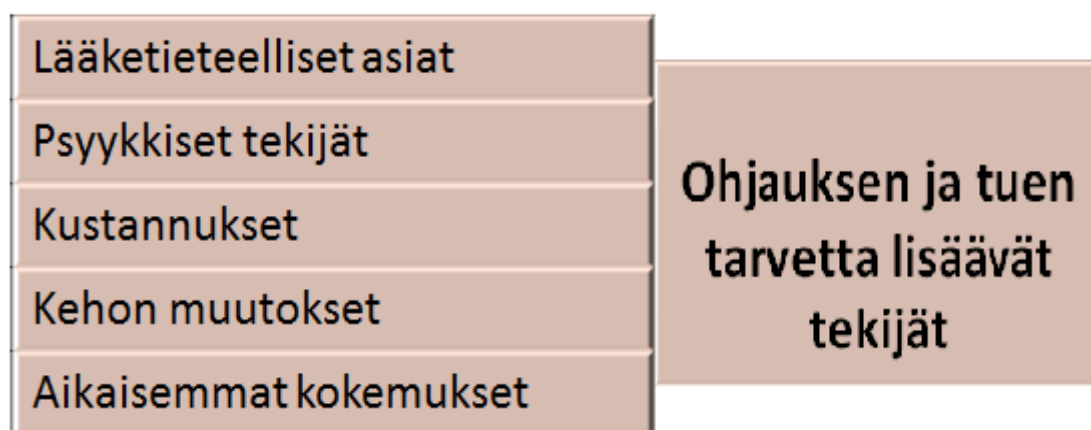
## Parannusehdotukset

Haastattelun viimeinen kysymys lihavuusleikkauksen läpikäyneille oli: ”Mitä ohjauksen parannusehdotuksia haluatte esittää?”. Suuri osa haastatelluista toivoisi, että syömiseen ja juomiseen liittyvää ohjausta lisättäisiin. Syömisen opettelemisen työläys lisäsi ohjaustarvetta ja siihen toivottaisiin tiheämpiä tapaamisia ravitsemusterapeutin

kanssa esimerkiksi 3 kuukauden välein. Haastateltavat toivovat myös parempaa tiedonantoa hoitajilta koskien muun muassa laboratoriokokeita, kipulääkitystä, lääkemuutoksia ja tietoa mahdollisista sivuvaikutuksista. Myös komplikaatioiden ilmenemisen muodoista toivottaisiin lisää informaatiota. Mahdolliset komplikaatiot oli mainittu potilaille, mutta miten ne ilmenevät jäivät epäselväksi, esimerkiksi miten vatsalaukun leikkaussauman vuoto ilmenee. Parannusehdotukseksi ehdotettiin myös samaan aikaan leikattujen tapaamisia tai infotilaisuuksia sairaalassa, ettei jäisi yksin asian kanssa. Mielenterveyspalveluiden lisäämistä ennen ja jälkeen leikkauksen toivottiin myös esimerkiksi psykologilta. Kolmasosa vastaajista antoi sairaalassa saadulle ohjaukselle myönteistä palautetta ja oli tyytyväisiä sen laatuun ja määrään. Kiitoksia sai myös LILE:n toiminnan esittely ja mahdollisuus siitä, että sai tarvittaessa soittaa osastolle.

### 7.3 Ohjauksen ja tuen tarvetta lisäävät ja vähentävät tekijät

Haastattelujen aineistoista poimittiin tuen ja ohjauksen tarpeita lisäävät ja vähentävät tekijät. Tekijät jaettiin omiin alaluokkiinsa, joita oli 36 ja ne jaettiin 10 yläluokkaan. Yläluokista 5 yhdistettiin pääluokkaan "ohjauksen ja tuen tarvetta lisäävät tekijät" ja 5 luokkaa yhdistettiin pääluokkaan "ohjauksen ja tuen tarvetta vähentävät tekijät". Tuen ja ohjauksen tarpeita arvioitiin laadullisesta aineistosta vastausten perusteella ja määrällisestä aineistosta vastausten keskiarvojen mukaan. Lisäksi laadullista ja määrällistä aineistoa vertailtiin keskenään. Aineistoon on valittu tekijät molempien postoperatiivisten ja preoperatiivisten haastatteluiden perusteella. Tämän kappaleen tarkoituksena on selvittää lihavuuskirurgisen potilaan ohjaustarpeisiin vaikuttavia tekijöitä ja triangulaation avulla parantaa tutkimuksen luotettavuutta.



Kuvio 5. Ohjauksen ja tuen tarvetta lisäävät tekijät.

Taulukko 25. Lääketieteelliset asiat.

Lääkitys	Lääketieteelliset asiat
Perussairaudet	
Lihavuuteen liittyvät ongelmat ja kivut	

Lääkitys kiinnosti monia haastateltavia ja aiheutti selkeitä ohjaustarpeita ennen leikkausta. Määrällisestä aineistosta käy ilmi, että ennen leikkausta perussairauteen liittyvä lääkehoito sai ohjaustarpeiltaan keskiarvoksi 0,88 eli hyvin vähäisen ohjaustarpeen. Silti laadullisesta aineistosta käy ilmi paljon kysymyksiä liittyen perussairauden lääkehoitoon jatkossa tai juuri leikkauksen aikana. Leikkaukseen liittyvä lääkehoito sai niin ikään vähäisen ohjaustarpeen katsottaessa määrällisiä tuloksia, keskiarvolla 0,94 ollaan myös vähäisen ohjaustarpeen rajoissa. Kuitenkin miltei jokainen haastateltava otti kipulääkityksen esille preoperatiivisesti ja siihen myös ohjaustarpeen mainittuja oli myös verenpainelääkitys, diabeteslääkitys, kilpirauhaslääkitys ja masennuslääkitys. Kukaan leikkaukseen tulevista ei ollut kiinnostunut esimerkiksi nukutuksesta ja siihen liittyvästä lääkehoidosta, johon lihavuus on suuri riskitekijä.

Omat sairaudet ja perussairaudet tulivat esille eri konteksteissa. Huoli siitä, miten perussairauden hoito jatkuu leikkauksen jälkeen, tai miten leikkaus tulee vaikuttamaan perussairauteen.

Lihavuuteen liittyvät ongelmat, kivut ja sairaudet nousivat esille haastatteluissa. Monilla oli esimerkiksi selkäsärkyjä tai kulumia polvissa. Olemassa olevien ongelmien huomioiminen ennen ja jälkeen leikkauksen tulisi ottaa huomioon.

Taulukko 26. Psykkiset tekijät.

Tukihenkilön puute	Psykkiset tekijät
Aikaisemmat retkahdukset	
Pelko	
Masennus	
Mielialan muutokset	
Negatiivisuus	
Tiedon tarve aikaisemmin	
Salailu	

Tukihenkilön ja tukiverkoston puute nousi selvästi esille ohjaustarpeen ja tuen lisääjänä. Kaikki haastateltavat ilmoittivat että, heillä on tukihenkilö tai tukihenkilöitä, mutta vastauksista päätellen luottamus omaan sen hetkiseen tukihenkilöön ei jossain tapauksessa ole suuri. Toiveena oli, että olisi ”ammattilais-tukihenkilö” joka toimisi koko prosessin ajan henkilökohtaisena tukihenkilönä.

Aikaisemmat retkahdukset ja pelko retkahduksista aiheutti ohjaustarpeita. Yösyöminen, ahmiminen, liikasyöminen ja makean syönti huoletti haastateltuja. Vaikka leikkaus tekee edellä mainitut asiat hankaliksi, ellei jopa mahdottomiksi on niillä silti suuri psykologinen merkitys, joka tulisi ottaa ohjauksessa huomioon.

Useimmat preoperatiivisesti haastatelluista ilmoittivat, etteivät pelkää leikkausta tai siihen liittyvää elämänmuutosta. Kuitenkin pelko tuli ilmi monesta eri kategorian vastauksesta liittyen muun muassa komplikaatioihin, yksin olemiseen, ihon roikkumiseen ja retkahduksiin. Ohjaustarpeena pelkojen lievittäminen tuen ja keskustelun avulla eri tahojen toimesta.

Selvä enemmistö haastelluista kertoo sairastavansa masennusta tai olevansa taipuvainen masennukseen. Masennus tulisi ottaa huomioon hoitoa suunniteltaessa ja

hoidon aikana. Masennuksen yleisyys lihavuudesta kärsivillä tulisi huomioida sairaalaolosuhteissa lihavuusleikkausprosessin aikana. Sen ilmeneminen ennen leikkausta tulisi ottaa huomioon, jotta oireita voi vertailla sairaalassaoloaikana ilmeneviin psyykkisiin tapahtumiin. Haastateltujen joukossa on potilaita, jotka toivoisivat mielenterveyspalveluiden lisäämistä lihavuusleikkauksen läpikäyville ja läpikäyneille.

Mielialan muutokset tulivat ilmi eri kysymysten laadullisissa osioissa. Toiset suhtautuvat leikkaukseen varauksettomasti ja pitivät sitä positiivisena asiana, kun toiset pelkäsivät muun muassa mahdollista riippuvuutta laihduttamiseen.

Negatiivisuus ja negatiiviset ajatukset tulevaisuudesta, nykyhetkestä ja menneisyydestä vaikuttavat monella tavalla hoitoon ja paranemiseen. Haastateltavat joiden vastaukset pääosin olivat negatiivissävytteisiä, tunsivat tarvitsevänsä keskimääräistä enemmän ohjausta ja tukea.

Muutama haastateltava toivoisi saavan tietoa runsaasti ennen leikkausta. Varsinkin he halusivat tietoa, joka koski kehoon ja ruokailuun liittyviä muutoksia. Haastateltavat haluaisivat enemmän aikaa käsitellä asiaa, jotta ne jäisivät paremmin mieleen toistettaessa.

Leikkaukseen liittyvä salailu esimerkiksi kotona tai työpaikalla lisäsi tuen tarvetta huomattavasti. Syyllisyys ja neuvottomuus tilanteessa, jossa perhe tai jotkut perheenjäsenet eivät tiedä leikkauksesta mietitytti ja aiheutti ylimääräistä huolta.

Taulukko 27. Kustannukset.

Yleiset kustannukset ja korvaukset	Kustannukset
Korjausleikkausten kustannukset	
Sairasloman pituus	

Ohjauksen ja tuen tarvetta lisäsi hoitoon liittyvät yleiset kustannukset ja korvaukset. Näitä on muun muassa matkakorvaukset, lääkekustannukset ja leikkauksesta koituvat kustannukset. Määrälliseen aineistoon verrattaessa ohjauksen ja tuen tarve oli laadullisessa aineistossa huomattavasti suurempi. Haastateltavat arvioivat esimerkiksi

”Kela-korvausten” ohjaustarpeeksi hyvin vähäisen ohjaustarpeen, keskiarvolla 0,53. Kuitenkin melkein jokaisella vastaajalla oli huoli tulevista kustannuksista ja korvauksista. Potilaita ei ollut ohjattu kela-korvausten suhteen.

Korjausleikkausten kustannukset nousivat myös ohjauksen tarvetta lisääväksi tekijäksi. Potilaiden ohjauksesta mahdollisista korjausleikkauksista oli ristiriitaisia tietoja, osa oli saanut ohjausta ja osa ei ollut saanut lainkaan. Mahdollisten tulevien leikkausten hinta kiinnosti, samoin kuin mitä leikataan kunnallisella ja mitä yksityisellä. Osalla oli myös huoli siitä, että ei ole varaa käydä yksityisellä puolella korjausleikkauksessa. Leikkausten hinnoista ja ajankohtaisuudesta olisi hyvä tiedottaa mahdollisimman varhain, jotta potilaalla olisi aikaa valmistautua tuleviin leikkauksiin.

Haastateltavat olivat tietoisia tulevasta sairausloman pituudesta ja pitivät sitä riittävänä ennen leikkausta. Leikkauksen jälkeen moni vastaajista piti sairauslomaa riittämättömänä. Ohjausta annettaessa on hyvä kertoa, että sairauslomaa voidaan pidentää. Tämä vähentää potilaiden epävarmuutta sairausloman pituuden riittämättömyydestä.

Taulukko 28. Kehon muutokset.

Ihon roikkuminen	Kehon muutokset
Laihtuminen	
Mahdolliset komplikaatiot	
Ruokailuun liittyvät muutokset	

Ihon roikkuminen tulee esiin myös eri kysymysten yhteydessä. Osa haastatelluista osasi suhtautua positiivisesti ihon roikkumiseen, joka konkretisoi laihtumista. Huoliksi nousivat ulkonäölliset asiat muun muassa vaatteiden sopivuus. Ihon mahdollisesta tulevasta roikkumisesta on hyvä varoittaa jo etukäteen.

Laihtuminen oli yleisesti ottaen positiivinen asia, mutta voi aiheuttaa lihavuusleikatuilla myös paljon huolta. Kaikki vastaajat ilmoittavat kokeneensa suuriakin painonmuutoksia elämänsä aikana. Liian nopea laihtuminen voi aiheuttaa ongelmia ja se huoletti haastateltavia. Myös laihtumisen hidastuminen huoletti, ja että osaako olla laiha, kun on ollut koko elämänsä ylipainoinen.

Mahdolliset komplikaatiot huolettivat laadullisten vastausten mukaan enemmän kuin mitä määrällisen aineiston tulos (ka 0,76) antaa ymmärtää. Haastateltaville aiheutti huolta seuraavat asiat: Mitä mahdolliset komplikaatiot ovat ja miten ne ilmenevät? Mihin ottaa yhteyttä jos komplikaatioita ilmenee? Miten reagoida vatsakipuihin, millainen kipu on normaalia?

Ruokailuun liittyvät muutokset oli ylivoimaisesti kaikkein suurin ohjauksen ja tuen tarvetta lisäävä tekijä. Melkein jokainen haastateltava kertoi saaneensa ohjausta ennen ja jälkeen leikkauksen suullisesti ja kirjallisesti. Ruokaileminen aiheuttaa huolta myös aihealueiden yli ja lisäsi ohjauksen ja tuen tarvetta muun muassa työpaikalla. Leikkauksen jälkeen huoletti myös riittävä ravintoaineiden saanti ja esimerkiksi hampaiden kunto.

Taulukko 29. Aikaisemmat kokemukset.

Ei aikaisempia leikkauksia	Aikaisemmat kokemukset
Liikuntaharrastukset	

Haastateltavia huoletti myös itse leikkaus. Leikkaus tai iso operaatio oli osalle uusi asia ja kokemuksen puute lisäsi kysymyksiä ja ohjaustarpeita. Haastateltavien omat liikuntaharrastukset ja niiden aloittaminen tai jatkaminen aiheutti kysymyksiä. Vastaajat tarvitsisivat henkilökohtaista ja yksilökohtaista neuvontaa liikuntaharrastuksiensa kanssa.

*”Toivoo pääsevänsä liikkeelle, matkustelu ja fillarointi. Ollut pääsääntöisesti neljän seinän sisällä.”*





Kuvio 6. Ohjauksen ja tuen tarvetta vähentävät tekijät.

Taulukko 29. Aikaisemmat kokemukset.

Aikaisempi opastus ja ohjeet	Aikaisemmat kokemukset
Aikaisemmat leikkaukset	
Aikaisemmat laihdutuskokemukset	

Aikaisempi opastus ja ohjeet luonnollisesti vähentävät ohjauksen tai tuen tarvetta. Moni ilmoitti saaneensa opastusta liikkumiseen ja syömiseen sekä aikoi noudattaa annettuja ohjeita osana elämäntapamuutosta.

Aikaisemmat leikkaukset, jotka haastateltavat ilmoittivat vähentävät selkeästi ohjaustarpeita. Monelle esimerkiksi haavojen hoitaminen ei tuota niin suuria ohjaustarpeita kuin muille, jotka eivät ole aikaisemmin olleet missään leikkauksessa. Kokemuksilla oli myös pelkoja lievittävä vaikutus, aikaisemmat leikkaukset toivat itsevarmuutta ja turvaa, kun ympäristö ei ollut vieras.

Aikaisemmat laihdutuskokemukset ja kokemukset omasta kehosta vähentävät ohjauksen ja tuen tarpeita. Monille laihduttaminen oli tuttua ja paino oli vaihdellut kymmeniä kiloja edes takaisin. Oman kehon tunnistaminen ja sen muutosten havaitseminen oli hyvin motivoivaa ja palkitsevaa. Moni vastaajista ilmoitti preoperatiivisesti haastateltuina, ettei tarvitse ohjausta tai tukea kehon muutoksiin liittyvissä asioissa.

Taulukko 30. Psyykkiset tekijät.

Hyvä itsetunto	Psyykkiset tekijät
Positiivisuus	
Avoimuus	
Terapia	

Itsetunnosta ei varsinaista kysymystä ollut suoraan esitetty, mutta haastattelujen vastausten perusteella pystyi karkeaa kahtiajakoa tekemään hyvän ja huonon itsetunnon kanssa. Huono itsetunto lisää ohjauksen ja tuen tarvetta lähes joka osa-alueella. Aineistosta voi päätellä, että leikkauksen läpikäyneiden itsetunto ja itseluottamus on yleisesti ottaen korkeampi kuin leikkaukseen menevän.

”Itsetunnon kasvattaminen – kasvaa painonpudotuksen myötä ja polvi paranee.”

Positiivisuus ja positiiviseen ajattelutapaan pyrkiminen nousi esiin aineistosta. Aineistosta voi päätellä, että positiivinen suhtautuminen itseensä tai tulevaan itseensä vaikuttaa ohjaustarpeisiin vähentävästi.

”Tietää mihin ryhtyy. Odottaa innolla”

Leikkauksesta, leikkauksen luonteesta ja siihen kuuluvasta elämäntapamuutoksesta avoimesti puhuminen vähensi ohjauksen ja tuen tarvetta. Edellä mainittujen lisäksi se vähensi elämänmuutokseen liittyvää ahdistusta ja stressiä. Avoimesti puhuminen oli hyvä kanava omaan sielunhoitoon ja tuen saamiseen mahdollisimman laajalti. Haastateltavat, jotka ilmoittivat salailleensa leikkaukseen liittyviä asioita, kokivat siitä syyllisyyttä tai joutuivat esimerkiksi huhujen uhriksi työpaikalla.

Muutama haastateltava ilmoittaa käyvänsä terapiassa lähinnä masennuksen takia. Terapeutille purettiin muun muassa ulkonäköön ja miellialaan liittyviä muutoksia.

Taulukko 31. Sitoutuminen elämäntapamuutokseen.

Sitoutuminen elämäntapamuutokseen	Sitoutuminen elämäntapamuutokseen
Liikuntaharrastus	
Annettujen ohjeiden noudattaminen	
Oman roolinsa ymmärtäminen	

Melkein kaikki vastaajat kertoivat tehneensä päätöksen elämäntapamuutoksesta jo kauan ennen leikkausta. Elämäntapamuutosta pidempään pohtineet tarvitsivat keskimääräistä vähemmän ohjausta muun muassa tiedon suhteen. Hyvin sitoutuneet olivat hankkineet itse tietoa leikkauksesta ja siihen liittyvistä muutoksista elämässä.

Liikuntaharrastuksesta haaveileminen tai sen olemassaolo lisäsi ohjaustarvetta lyhyellä aikavälillä, muun muassa liikunnan aloittamisen suhteen ja liikunnan tehon lisäämisen aikataulusta. Liikunta ja fyysiset harjoitukset oli haastateltavien mukaan hyvin ohjattu aihe ja pitkällä tähtäimellä ajateltuna kiinnostus liikuntaan mahdollisesti vähentää ohjaustarpeita.

Suurin osa haastateltavista ilmoitti asioista, jotka liittyivät muutoksiin tai päätöksiin elämäntavoissa, että "noudattaa annettuja ohjeita". Selkeästi ja yksinkertaisesti annetut ohjeet, mitkä olivat helposti omaksuttavissa, laski haastateltavien ohjaustarpeita. Esimerkiksi ruokavalion ja ruokamäärien laiminlyönti aiheutti muun muassa pahoinvointia ja painonlaskun pysähtymistä, jotka lisäsivät potilaan ohjauksen ja tuen tarvetta.

Potilaat, jotka ilmaisivat ja kuvailivat oman roolinsa elämäntapamuutoksessa, tarvitsivat keskimääräistä vähemmän ohjausta ja tukea tiedonsaantiin, sosiaalisiin ja henkisiin asioihin liittyvissä asioissa.

Taulukko 32. Muut ihmiset ja sosiaalisuus.

Vertaistuki ja läheiset	Muut ihmiset ja sosiaalisuus
Fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin aikaisemmat tapaamiset	
Leikkauksesta puhuminen	

Vertaistuen rooli ohjauksen ja tuen tarpeen vähentäjänä ilmeni haastatteluissa. Toisten saman asian läpikäyvien ja läpikäyneiden kanssa keskustelu muun muassa ruokailusta ja liikunnasta sekä omien tuntemusten tulkinnassa oli tehokas väline opiskellessa elämäntapamuutosta. Läheiset olivat joidenkin haastateltavien kohdalla samantapaisessa roolissa, tukemassa ja antamassa lisätietoa lihavuusleikattavalle.

Fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin aikaisemmat tapaamiset olivat olleet haastateltavien mukaan tehokkaita. Tietoa ja ohjausta saatiin irrallisesti, mutta riittävästi. Tapaamisia toivottiin lisää, esimerkiksi leikkauksen jälkeen säännöllisin väliajoin ravitsemusterapeutilta.

Leikkauksesta puhuminen, tosiasioden ääneen myöntäminen ja niistä keskustelu oli ollut haastatteluiden perusteella tehokas väline prosessin läpikäynnissä. Tulevia potilaita tulisikin kannustaa avoimuuteen.

Taulukko 33. Tiedonkerääminen.

Internet ja media	Tiedonkerääminen
Tieto tulevasta	

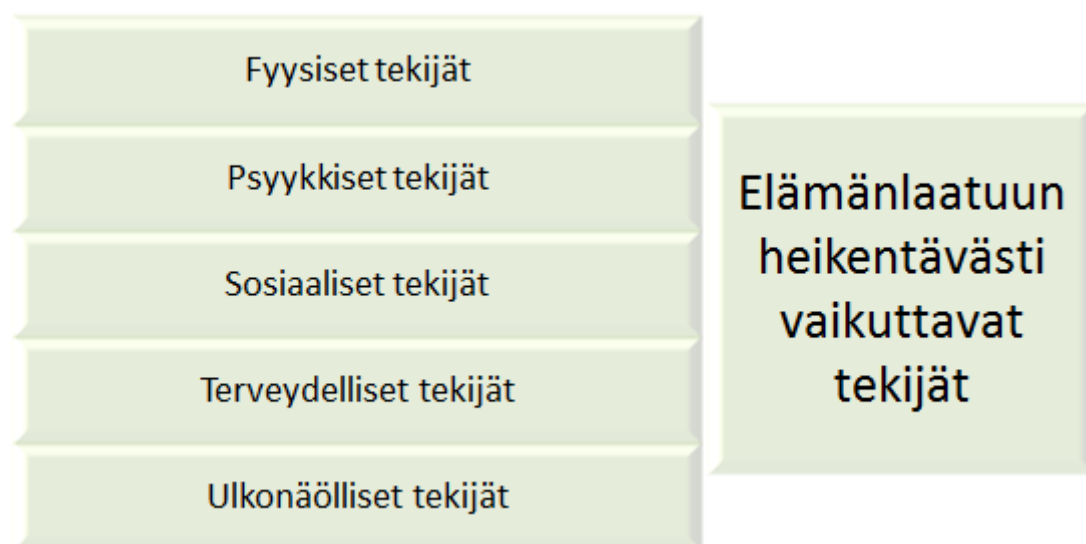
Kaikki haastateltavat olivat olleet aktiivisia tiedonhankkijoita. Tietoa oli saatu muun muassa Lihavuusleikattujen -sivustolta, jonka moni ilmoitti yhdeksi tiedonlähteekseen. Tiedon lisäksi sivustot tarjoavat vertaistukea keskustelufoorumin muodossa ja se oli mahdollistanut tapaamisia lihavuusleikattujen kesken. LILE:n internetsivusto oli vaikuttanut haastateltavilla vähentävästi ohjauksen ja tuen tarpeeseen.

Tieto tulevasta oli auttanut haastateltavia valmistautumaan ja asennoitumaan tulevaan leikkaukseen ja sitä edeltävään ja seuraavaan elämänmuutokseen. Selkeät aikataulut ja tavoitteet olivat olleet huomattava apu henkisen puolen valmistautumisessa.

#### 7.4 Lihavuuden vaikutus elämänlaatuun

Taulukko 34. Missä määrin lihavuus on vaikuttanut elämänlaatuunne?				
	n	%	keskiarvo	keskihajonta
Missä määrin lihavuus on vaikuttanut elämänlaatuunne?	37	100	2,68	0,475
Ei lainkaan	0	0		
Vähän	0	0		
Jonkin verran	12	32,4		
Paljon	25	67,6		

Kaikki vastanneet olivat olleet sitä mieltä, että lihavuus oli vaikuttanut heidän elämänlaatuunsa. Useampi kuin kaksi kolmesta vastaajasta (67,6 %) oli sitä mieltä, että lihavuus vaikuttanut heidän elämänlaatuunsa ”paljon” ja vajaa kolmannes (32,4 %) ”jonkin verran”. Keskiarvo nousi korkealle tasolle 2,68. (Taulukko 34.)



Kuvio 7. Elämänlaatuun heikentävästi vaikuttavat tekijät.

Elämänlaatuun liittyvät vastaukset olivat laajoja. Haastateltavat eivät vastanneet lihavuuden parantaneen heidän elämänlaatua millään tavalla. Heikentävät tekijät olivat kategorisoitavissa seuraaviin luokkiin: fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, terveydelliset ja ulkonäölliset elämänlaatuun alentavasti vaikuttavat tekijät. Vastaukset ovat edellä mainitussa järjestyksessä kappaleittain. (Kuvio 7.)

Melkein kaikki vastaajat ilmoittavat lihavuuden vaikuttaneen liikkumiseen. Lenkkeily, juokseminen, kuntosalilla käyminen ja esimerkiksi kyykkyyyn meneminen oli ollut

mahdotonta. Liikkuminen oli vähentynyt tai loppunut kokonaan jossain elämänvaiheessa ja moni ilmoitti heikon yleiskuntonsa olevan suuri ongelma. Lihavuutta pidettiin liikuntaa rajoittavana tai siitä ilon vievänä tekijänä.

Moni haastateltava koki yleisen mielialansa laskeneen lihavuuden seurauksena. Itsetunnon lasku ja masennus olivat usealla vastaajalla todellisuutta. Elämä koettiin raskaaksi ja unettavaksi ja koettiin, että oma identiteetti muodostui lihavuuden ympärille.

Potilaat ilmoittivat sosiaalisen elämänsä rajoittuneen tai he olivat rajoittaneet sitä itse lihavuuden takia. Vastaajat välttelivät sosiaalisia tilanteita ihmisten välillä perustellen sitä esimerkiksi kiinnostuksen puutteesta tai yksinkertaisesti sosiaalisen kanssakäymisen vähenemisellä. Myös vastakkaisen sukupuolen huomionsaanti oli vähentynyt. Julkisilla tai yleisillä paikoilla olemista esimerkiksi uimarantaa välteltiin. Työnsaannin kanssa kerrottiin olleen ongelmia, potilaat kokivat tulleen syrjityiksi, ja että työpaikan saanti vaikeutuu lihavuuden takia. Töissä käyminenkin oli vaikeutunut lihavuuden takia. Vastaajat kokivat olevansa eriarvoisia ja tunsivat, etteivät ole täysivaltaisia yhteiskunnan jäseniä.

Lihavuus on jo itsessään terveydellinen haitta. Lihavuus on vaikuttanut haastateltavien elämänlaatuun terveydellisestä näkökulmasta laajasti. Vastaajat ovat kärsineet väsymyksestä, voimattomuudesta, jalkojen tai polvien kulumista, selkäsärystä ja kolotuksesta sekä kroonisesta vatsakataarrista. Moni haastateltavista kertoi olleensa jo lapsesta asti lihava.

Yleinen vastaus oli myös vaatetukseen liittyvät ongelmat. Vaatteita oli vaikea löytää, sopivan koon ja hyvin istuvan vaateen löytymisen jälkeen hinta oli erikoisliikkeessä korkea. Haastateltavat kokivat olevansa erilaisia ja kummajaisia, että ihmiset tuijottavat ja nauravat. Vastattiin, että on jätetty juhlat väliin, koska oma ulkonäkö hävetti eikä haluttu olla esillä.

## 8 Pohdinta

Tuloksista käy ilmi, että ohjauksen ja tuen tarve on huomattava lihavuuskirurgisessa hoitotyössä. Leikkausta edeltävässä ja leikkauksen jälkeisessä aineistossa oli huomattavissa merkittäviä eroja määrällisen ja laadullisen aineiston kesken. Osaltaan erot vahvistivat tulkintoja ja osaltaan loivat eriäviä näkemyksiä. Leikkauksen jälkeisessä aineistossa tarvittavan ohjauksen ja tuen määrä oli useimmissa teemoissa selvästi vähäisempää kuin leikkausta edeltävässä. Tätä voi selittää se, että sairaalassaoloaikana hoitohenkilökunnalta saatu ohjaus ja tuki on ollut tehokasta. Leikkauksesta kulunut aika on voinut osaltaan vaikuttaa siihen, että osa kysymysten teemoista ei ole enää ajankohtaisia. Ilmiö esiintyy teemalaajuisesti esimerkiksi leikkausta edeltävissä haastatteluissa suurimmat ohjausta ja tukea sisältävät teemat olivat: potilaan oikeudet ja velvollisuudet, tunteet ja ulkonäkö, kanssakäyminen sekä oireet ja tuntemukset. Leikkauksen jälkeisissä haastatteluissa kaikkien teemojen keskiarvot olivat laskeneet. Korkeimmat keskiarvon leikkauksen jälkeisissä haastatteluissa sai teema oireet ja tuntemukset, seuraavaksi tärkeimmäksi teemaksi nousi potilaan oikeudet ja velvollisuudet, jonka keskiarvo jäi alle yhden.

Suurin ohjauksen ja tuen tarve löytyi arjen toiminnoista, joka oli syöminen ja juominen. Luonnollisesti suuri elämäntapaan liittyvä muutos nousi esille leikkausta edeltävässä ja leikkauksen jälkeisessä määrällisessä aineistossa. Määrällinen aineisto oli ristiriidassa laadullisen aineiston kanssa, jossa haastateltavat kertoivat tietävänsä hyvin mitä saa ja milloin pitää syödä. Vaikka haastateltavilla oli hyvä tietopohja asiasta, tuli laadullisesta aineistosta esille suuri epävarmuus syömisen ja juomisen suhteen. Haastateltavat toivoivat lisätietoa ja ohjausta ammattilaiselta teemaan liittyen.

Avoimien kysymyksien vastauksissa selviää, että ohjausta annetaan monelta eri taholta. Kaikki vastaajat olivat saaneet ohjausta ravitsemusterapeutilta ja osa mainitsi myös hoitajan ja lääkärin ohjauksen. Tukea potilaat ovat saaneet läheisiltä ja ystäviltä. Tukiverkosto oli hyvin tärkeä lihavuuskirurgisen prosessin läpikäyvillä potilailla. Enemmistö vastanneista oli tyytyväisiä tuen määräänsä. Varsinkin vastanneet, joilla oli vahvat perhesiteet, ystäväsuhteet tai vertaistuki sanoivat, että läheisten tuki oli korvaamaton voimavara jaksamisessa ja uuteen elämäntapaan oppimisessa. Internet oli tärkeä informaation ja vertaistuen lähde, vastaajien mukaan internetin avulla sai lisää tietoa elämänmuutoksesta ja kanavan purkaa tuntemuksiaan. Nicholisin ja

Oermannin vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa suositellaankin, että hoitohenkilökunta tutustuisi lihavuuskirurgiaan erikoistuneisiin internet-sivustoihin ja ottaisivat osaa niiden toimintaan ja kehittämiseen. Hoitohenkilökunnan internet-tietoisuuden avulla potilaiden ohjaaminen ”oikean” tiedon lähteille voisi osaltaan vähentää lihavuusleikattavan potilaan ohjauksen ja tuen määrää. Haastateltavat toivoisivat, että voisivat puhua tulevasta leikkauksesta leikkauksen läpikäyneen henkilön kanssa. Teemassa ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat, ohjauksen ja tuen tarve oli merkittävää ainoastaan vertaistukeen liittyvissä asioissa.

Haastatteluista käy hyvin ilmi sitoutuminen elämäntapamuutokseen. Leikkausta edeltävä painonpudotus, liikunta ja ruokailutottumusten muutos edellyttää vahvaa sitoutumista ja päättäväisyyttä. Sitoutuminen osaltaan selittää miksi tuen ja ohjauksen tarve on huomattavasti vähäisempi leikkauksen jälkeen kuin ennen leikkausta, jolloin sitoutumisprosessi on vielä kesken. Leikkausta edeltävä prosessi antaa aikaa valmistautua leikkaukseen ja voi osaltaan selittää esimerkiksi sitä, että leikkauksen jälkeiseen kipuun on valmistauduttu hyvin ja sitä ei pidetä pelottavana asiana. Mutta fyysisiin harjoituksiin liittyvä tuen ja ohjauksen tarve oli leikkausta edeltävässä haastattelussa huomattavasti leikkauksen jälkeistä suurempi, voisi selittyä sillä, että odotukset harjoituksista ovat epärealistisia. Valmistautuminen on auttanut leikattuja tunnistamaan omat pahoinvointiin ja ruoansulatuksen liittyvät asiat. Haastateltavat osasivat eritellä laadullisissa osioissa miten eri ruoka-aineet, syöntinopeus ja syömättä oleminen vaikuttivat olotilaan.

Haastattelun tulokset osoittavat, että ulkonäköön liittyvät asiat eivät olleet haastateltaville tärkein asia leikkaukseen tulemiselle, terveyttä pidettiin ensisijaisena syynä leikkaukseen ryhtymiselle. Kuitenkin haastateltavat haaveilivat vaatteiden sopivuudesta, joka on ristiriidassa ulkonäkökeskeisyyden kanssa. Tämä ilmenee myös ohjauksen ja tuen tarpeen vähyytenä määrällisissä aineistoissa. Kehonmuutokset olivat haastateltaville tuttuja, monen haastateltavan paino oli heitellyt elämän aikana kymmeniäkin kiloja. Realistisista laihduttamiskäsityksistä huolimatta kehonmuutokset herättivät ohjauksen ja tuen tarpeita.

Lihavuus on vaikuttanut kyselyihin vastanneilla huomattavasti elämänlaatuun. He ovat tunteneet, että lihavuus vaikeuttaa elämää niin fyysisesti kuin sosiaalisesti. Omaan



terveyteen liittyvä huoli ja julkinen paine olla normaalivartaloineen ovat varmaankin suurin syy lihavuusleikkaukseen ryhtymiseen. Tätä tukee myös yhdysvaltalainen lihavuusleikkattujen elämänlaatututkimus, jossa kolme kuukautta leikkauksen jälkeen tutkittujen fyysinen kunto ja elämänlaatu olivat merkittävästi parantuneet. Lihavuudesta johtuvien liitännäissairauksien lääkityksiä oli myös vähennetty tai lopetettu kokonaan. Mielenkiintoista oli, että osa haastatelluista kertoi kätuvansa leikkausta, ja he näyttivät sekä heistä tuntui omasta mielestään huonommalta kuin ennen leikkausta. (Hager 2007: 773–775).

## 8.1 Luotettavuus

Tutkimuksen pitää olla toistettavissa, mikä tarkoittaa, että tutkimuksen on oltava reliaabeli eli luotettava. Tämän tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että osasta tuloksista on tehty aikaisempi opinnäytetyö (Blom, Heikkinen, Kantelinen). Kahden opinnäytetyön tuloksia voi vertailla keskenään ja tulosten analysoinnissa on useampi tekijä. Tutkimuksen validiteettia eli pätevyyttä on pyritty parantamaan käyttämällä useita eri menetelmiä. Tutkimuksessa yhdistetään määrällinen ja laadullinen menetelmä (metodinen triangulaatio), joka parantaa validiteettia. Vastaajalla oli haastattelua tehdessä mahdollisuus kertoa laajemmin tutkittavasta asiasta, kun kysymyksessä oli myös avoin vastausmahdollisuus strukturoidun kysymyksen lisäksi, ja lisäksi haastattelija pystyi tarvittaessa kysymään tarkennusta vastaukseen. Metodisen triangulaation lisäksi tutkimuksessa on myös ollut tutkijatriangulaatiota, koska aineiston keräämiseen on osallistunut useampia tutkijoita. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 205, 231–233.) Haastattelun tehneet olivat kokeneita hoitotyön ammattilaisia ja heillä oli aikaisempaa kokemusta haastatteluista sekä puhelinhaastatteluista. Haastattelulomakkeen on laatinut moniammatillinen tekijäryhmä ja he ovat tehneet haastattelun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta.

Tutkimuksen havaintomäärät ovat pelkkään määrälliseen tutkimukseen pienet, joten keskiarvo voi antaa harhaanjohtavaa tietoa. Keskiarvo on vakaa suure, kun havaintomäärät ovat suuret, mutta ääriarvojen merkitys voi olla merkittävä näin pienessä otannassa. Keskihajonnan avulla pystytään vahvistamaan keskiarvon totuudenmukaisuutta. Keskiarvosta huomattavasti poikkeavat arvot kasvattavat

keskihajontaa. Suuren keskihajonnan omaavissa kohdissa täytyykin pohtia onko keskiarvo tarpeeksi hyvä tuloksen mittari tässä tutkimuksessa. (Heikkilä 2008: 83–86).

Koska haastatteluiden laadulliset vastaukset eivät olleet suoria lainauksia, vaan haastattelut olivat valmiiksi pelkistettyjä ja suoria lainauksia oli vähän, olisi uudelleen ilmaisujen pelkistäminen voinut heikentää luotettavuutta tai muuttaa osittain asiakokonaisuuksia. Luotettavuutta voi kyseenalaistaa myös se, että haastattelihoita on ollut kaksi ja vastausten kirjaaminen haastattelihoilla on saattanut olla poikkeavaa. Haastattelijat ovat voineet puhelinhaastatteluiden aikana poimia eri avainasioita ja pelkistää ne omalla tavallaan.

*”Puolueettomuus nousee kysymykseksi esimerkiksi siinä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itseään vai suodattuuko kertomus tutkijan oman kehityksen läpi, esimerkiksi vaikuttaako tutkijan sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus, virka-asema tms. mitä hän kuulee tai havainnoi.”* (Tuomi – Sarajärvi 2009: 135–136).

Kysymysten arkaluonteisuus voi vaikuttaa haastateltuihin. Haastateltavat voivat kokea kysymykset eri tavalla. Toisille on helpompi vastata henkilökohtaisiin kysymyksiin kuin toisille. Myös puhelinhaastattelu syö osittain potilaan anonymiteettiä ja voi osaltaan vaikuttaa vastausten laajakirjoisuuteen ja näin ollen luotettavuuteen. Asioiden ääneen sanominen voi olla hankalaa tai käytännön syistä epämieluisaa, esimerkiksi haastattelun aikana haastateltavan seurassa on joku muu henkilö. Vaikkakin haastattelut olivat sovittu etukäteen niin, että haastateltavalla oli mahdollisuus olla rauhassa ja ajan kanssa. Ihmisellä on myös taipumus antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia haastatteluissa, joka heikentää luotettavuutta (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 206.)

Opinnäytetyömme oikeinkirjoituksen on tarkistanut Metropolian ammattikorkeakoulun viestinnän opettaja, jotta välttyttäisiin turhilta ja harhaanjohtavilta ilmaisuilta tai kielioppivirheilta. Työmme etenemistä on myös seurattu ja kommentoitu opinnäytetyön ohjaajien kanssa säännöllisin väliajoin. Opinnäytetyöseminaareissa olemme saaneet työstämme ja sen etenemisestä vertaispalautetta muilta opinnäytettä tekevilta opiskelijoilta.

Naisten enemmistö haastateltavien määrässä saattaa vääristää tuloksia. Miesten osuus haastateltavissa oli noin 19 %. Tutkimustulokset voivat osoittaa liikaa naisnäkökulmaa, jolloin miehille ominaiset yksittäiset ohjauksen tai tuen tarpeet jäävät huomiotta.

## 8.2 Eettisyys

Opinnäytetyö on edennyt vaiheittain ja työn suunnitelmaosa lähetettiin tutkimusprojektin vetäjälle. Suunnitelman pohjalta työlle on myönnetty lakisääteinen tutkimuslupa (§ 32) päivämäärällä 10.2.2011. HUS:n operatiivisen yksikön eettinen toimikunta on antanut luvan tutkimukselle (15.12.2010, 358/13/03/02/2010).

Työn perustana on käytetty lukuisia suomalaisia ja ulkomaalaisia lähteitä. Työtä tehtäessä on huomioitu muiden tutkimusten tuottama tieto ja annettu niille se arvo, joka niille kuuluu lähdemerkintöinä (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 26.) Opinnäytetyötä tehdessä on tutustuttu Helsingin julistukseen tarkasteltaessa työn eettisiä kysymyksiä.

Ihmisarvon kunnioitus pitää olla tutkimuksen lähtökohtana. Itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla mahdollisuus ihmisille päättää osallistumisestaan tutkimukseen (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 177; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 25). Haastatteluaineisto sisälsi arkaluontoista ja henkilökohtaista tietoa, jota hyödynnetään tässä opinnäytetyössä ja Metropolian ammattikorkeakoulun sekä Peijaksen sairaalan yhteishankkeessa. Haastatteluiden sisältämien arkaluontoisten kysymysten edellyttämänä kokeneet hoitotyön ammattilaiset esittivät haastattelut. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistujat saivat halutessaan lopettaa osallisuutensa milloin tahansa. Haastateltavat olivat sopineet haastattelijoiden kanssa sopivat ajankohdat haastatteluiden suorittamiseen puhelimitse. Haastatteluaineistoa säilytettiin opinnäytetyön ohjaajan tiloissa ja sitä käsiteltiin sovittuina ajankohtina luottamuksellisesti. Haastatteluaineistoa ei opinnäytetyön missään vaiheessa luovutettu tutkimusprosessin ulkopuolisille.

Aineiston analyysissa ja raportoinnissa pyrimme siihen, ettei haastateltujen yksilöiden suoja ja salassapito heikentynyt. Aineistoista otetut suorat lainaukset valittiin niin, ettei

vastaajien anonymiteetti vaarantunut eikä lainauksista olisi tutkimukseen osallistuvilla minkäänlaista haittaa.

## 9 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää lihavuuskirurgisen potilaan ohjausta ja tukea terveydenhuollossa. Työn tuloksia käytetään hyväksi lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen läheistensä neuvontamallia tehdessä. Tulevaisuudessa on aihetta tutkia neuvontamallin toimivuutta lihavuuskirurgisen potilaan hoitopolun aikana. Tuloksia raportoidessamme huomasimme, että puolison tai lasten näkökulmat eivät esiinny vastauksissa. Kuinka vanhemman lihavuuskirurginen prosessi vaikuttaa esimerkiksi lapsiin ja heidän maailmankuvaansa? Miten lihavuusleikkaus vaikuttaa perheen sisäiseen dynamiikkaan?

Vertaistuen merkitys oli monella haastatteluun vastanneella huomattava. Vertaistuen kehittäminen voisi auttaa potilaiden leikkaukseen liittyvissä peloissa ja mieltä askarruttavissa kysymyksissä. Vertaistuen lisääminen voisi mahdollistaa hoitohenkilökunnan ohjauksen ja tuen antamisen vähentämisen ja näin ollen vapauttaa resursseja. Kyselyyn vastaajista enemmistö oli naisia. Olisikin mielenkiintoista nähdä vaikuttaisiko sukupuoli vastauksiin. Olisiko vastaajien sukupuolella tilastollista riippuvaisuutta esimerkiksi ulkonäköön liittyvissä kysymyksissä? Pelkästään miehistä tai naisista koostunut kysely voisi olla mahdollisuus jatkotutkimukselle.

Lihavuuskirurgista hoitotyötä on Suomessa tutkittu niukasti, joten näyttöä vahvistavaa tutkimusta on lisättävä. Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaus ja tukeminen on haastavaa monisyisten ja hyvin yksilöllisten tarpeitten takia. Tulevaisuudessa lihavuuskirurgisten toimenpiteiden määrän lisääntyessä ja resurssien oltaessa rajalliset hoitotyöhön muodostuvat paineet kasvavat, minkä takia jatkotutkimus on tarpeellista.

## Lähteet

- Anttila, Kyllikki – Hirvelä, Mervi – Jaatinen, Tiina – Polviander, Marjut – Puska, Eeva-Liisa. 2009. Sairaanhoito ja huolenpito. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Blom, Saara – Heikkinen, Leena – Kantelinen, Saana. 2011 Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Helsinki.
- Eloranta, Tuija – Virkki, Sari. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Ernwall, Reijo – Ernwall, Sirpa – Kaukkila, Hanna-Sisko. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. 1. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- FOTEG 2011. Verkkodokumentti. <<http://www.foteg.fi/index.php?mid=1>>. Luettu 1.2.2012.
- Garza, Sharon F. 2003. Bariatric Weight Loss Surgery: Patient Education, Preparation, and Follow-Up. *Critical Care Nursing*. 26 (2), 101–104.
- Grimaldi, Diane – Van Etten, Deborah. 2010. Psychosocial adjustments following weight loss surgery. *Journal of Psychosocial Nursing* 48 (3), 24–29.
- Grindel, Mary E. –Grindel, Cecelia Gatson. 2006. Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery. *MEDSURG Nursing* 15 (3), 129–146.
- Hager, Carol. Quality of Life After Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery. 2007. *AORN Journal* 85 (4), 768–778.
- Hankesuunnitelma 2010. Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa. 3–9.
- Heikkilä, Tarja. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Edita prima Oy. Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Tammi. Hämeenlinna.
- Ide, Patricia – Färber, Ellioh S. – Lautz, David. 2008. Perioperative Nursing Care of the Bariatric Surgical Patient. *AORN Journal*, 88 (1), 30–58.

- Ikonen, Tuija S. – Anttila, Heidi – Gylling, Helena – Isojärvi, Jaana – Koivukangas, Vesa – Kumpulainen, Tuija – Mustajoki, Pertti – Mäklin, Suvi – Saarni, Samuli – Saarni, Suoma – Sintonen, Harri – Victorzon, Mikael – Malmivaara, Antti 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Raportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kalarchian, Melissa A – Marcus, Marsha D. – Levine, Michele D. – Courcoulas, Anita P. – Pilkonis, Paul A. – Ringham, Rebecca M. – Soulakova, Julia N. – Weissfeld, Lisa A. – Rofey, Dana L. 2007. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates - relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 164 (2), 328–334.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro.
- Kassara, Heidi – Paloposki, Sanna – Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Lipponen, Varpu – Ketola, Marja-Leena – Hietanen, Helvi. 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo. WSOY.
- Kilgore, Toni R. – Tichansky, David S. – Madan, Atul K. 2008. Inpatient Pain Management after Laparoscopic Gastric Bypass. *Bariatric Nursing* 3 (2), 143–146.
- Käypä hoito -suositus. 2011. Lihavuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Päivitetty 1.12.2011.
- Marzen-Groller, Karen T. – Cheever, Kerry H. 2010. Facilitating Students' Competence in Caring for the Bariatric Surgical Patient: The Case Study Approach. *Bariatric nursing and surgical patient care* 5 (2), 117–125.
- Mulligan, Ann T. – McNamara, Anne M. – Boulton, Hannah W. – Trainor, Linda S. – Raiano, Carol – Mullen Ann. 2009. Best practice updates for nursing care in weight loss surgery. *Obesity* 17 (5), 895–900.
- MTV3-uutiset. 25.11.2010. Asiantuntija: Lihavuusleikkaukset saatava hoitotakuuseen. Mikael Victorzonin haastattelu. <<http://www.mtv3.fi/uutiset/kotimaa.shtml/2010/11/1231053/asiantuntija-lihavuusleikkaukset-saatava-hoitotakuuseen>>. Luettu 15.10.2011.
- Mustajoki, Pertti 2011. Lihavuuden leikkaushoito. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=100&p\\_artikkeli=dlk00845&p\\_teos=dlk&p\\_selaus=13173#s4](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=100&p_artikkeli=dlk00845&p_teos=dlk&p_selaus=13173#s4)>. Luettu 15.11.2011.
- Nelbom, Bente – Naver, Lars – Ladelund, Steen – Hornnes, Nete. 2010. Patient Characteristics Associated with a Successful Weight Loss after Bariatric Surgery. *Bariatric nursing and surgical patient care* 5 (2), 313–319.

Nichols, Catherine – Oermann, Marilyn H. 2004. An Evaluation of Bariatric Web Sites for Patient Education and Guidance. *Gastroenterol Nurs.* 28 (2), 112–117.

Pataky, Zoltan – Carrard, Isabelle – Golay, Alain. 2011. Psychosocial factors and weight loss in bariatric surgery. *Current Opinion in Gastroenterology* 27, 167–173.

Pekkarinen, Tuula. 2012. Lihavuusleikkauspotilaan seuranta. Tapausselostus. *Lääkärilehti* 67 (3), 157–160.

Reto, Cathy S. 2003. Psychological aspects of delivering nursing care to the bariatric patient. *Critical Care Nursing Q* 26 (2), 139–149.

Sane, Timo. 2008. Onko lihavuuskirurgia räjähtämässä käsiin? *Lääkärilehti* (63) 48, 7174.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Victorzon, Mikael – Mustajoki, Pertti – Gylling, Helena – Anttila, Heidi – Ikonen, Tuija S. – Malmivaara, Antti – Koivukangas, Vesa. 2009. Lihavuuskirurgian vaikuttavuus ja turvallisuus. Verkkodokumentti. <<http://www.duodecimlehti.fi/>>. Luettu 16.11.2011.

Walfish, Steven – Brown, Tuesday A. 2009. Self-Assessed Emotional Factors Contributing to Increased Weight in Presurgical Male Bariatric Patients. *Bariatric Nursing* 4 (1), 49–52.

Zuzelo, Patti Rager – Seminara, Peggy. 2006. Influence of Registered Nurses' Attitudes Toward Bariatric Patients on Educational Programming Effectiveness. *The journal of continuing education in nursing* 37, 65-73.

**LIHAVUUSKIRURGISEEN LEIKKAUKSEEN TULEVAN POTILAAN  
HAASTATTELU Päiväys\_\_\_\_\_**

**OSA I**

**Potilasta kuvaavia tietoja:**

1. ikä\_\_\_\_\_v
2. sukupuoli 1 mies                      2 nainen
3. paino haastatteluhetkellä\_\_\_\_\_kg
4. lääkityt oheissairaudet  
\_\_\_\_\_

**OSA II**

**Haastattelukysymykset:**

**MISSÄ MÄÄRIN TARVITSETTE OHJAUSTA JA TUKEA ALLA  
MAINITUISTA ASIOISTA ?**

**Vastausvaihtoehdot ovat**

**0=ei lainkaan**

**1=vähän**

**2=jonkin verran**

**3= paljon**

**Mikä vaihtoehto kuvaa kokemustanne?**

<b>Erilaisten oireiden tai tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen</b>	<b>ei lainkaan</b>	<b>vähän</b>	<b>jonkin verran</b>	<b>paljon</b>
5.erilaisten häiriöiden/haittavaikutusten esiintyminen leikkauksen jälkeen (kuten kipu, pahoinvointi, levon ja nukkumisen ongelmat)				
5a kipu	0	1	2	3
5b pahoinvointi	0	1	2	3
5c lepoon ja nukkumiseen liittyvät ongelmat	0	1	2	3
Missä muissa haittavaikutuksiin tai häiriöihin liittyvissä asioissa tarvitsette ohjausta?				
<b>Päivittäisiin arjen toimiin liittyvät asiat</b>	<b>ei lainkaan</b>	<b>vähän</b>	<b>jonkin verran</b>	<b>paljon</b>
6. liikkuminen Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3



7. syöminen, juominen Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
8. peseytyminen Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
9. ihon hoito Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
10. leikkaushaavan hoito Jos tarvitsette ohjausta, niin kertokaa millaista?	0	1	2	3
11. fyysisten harjoitusten alkaminen Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista?	0	1	2	3
12. leikkaukseen liittyvä lääkehoito Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista?	0	1	2	3
13. perussairauteen liittyvä lääkehoito Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
<b>Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat</b>	ei lainkaan	vähän	jonkin verran	paljon
14. mielialaan liittyvät tuntemukset Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
15. muutokset omassa kehossa Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
16. muutokset omassa ulkonäössä Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
17. painon muutokset Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3

<b>Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat</b>	<b>ei lainkaan</b>	<b>vähän</b>	<b>jonkin verran</b>	<b>paljon</b>
18. kotona Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä?	0	1	2	3
19. ystäväpiirissä Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä?	0	1	2	3
20. työpaikalla Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
21. toisten lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä?	0	1	2	3
<b>Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat</b>				
22. potilaan sitoutuminen ja elämäntavan muutosta koskevat päätökset Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
23. oma roolinne painon hallinnassa Jos tarvitsette ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko aiemmin saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
<b>Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset</b>				
24. Kela-korvaukset Jos tarvitsette ohjausta, niin kertokaa missä?	0	1	2	3
25. sairausloman pituus Jos tarvitsette ohjausta, niin kertokaa missä?	0	1	2	3
26. komplikaatiot ja niistä aiheutuneet sairauspäivät Jos tarvitsette ohjausta, niin kertokaa missä?	0	1	2	3
27. myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset Jos tarvitsette ohjausta, niin kertokaa missä?	0	1	2	3

**28. Mistä muusta haluaisitte ohjausta ja tukea?**

**29. Elämänlaatu**

Missä määrin lihavuus on vaikuttanut elämänlaatuunne?

Ei lainkaan 0

Vähän 1

Jonkin verran 2

Paljon 3

Kertokaa, miten se on vaikuttanut?

**30. Kuka on tukihenkilönne leikkaus- ja hoitoprosessin aikana (esim. puoliso, ystävä, tytär, poika)?**

# **LIHAVUUSKIRURGISESSA LEIKKAUKSESSA OLLEEN POTILAAN HAASTATTELU Päiväys\_\_\_\_\_**

## **OSA I**

### **Potilasta kuvaavia tietoja:**

1. ikä\_\_\_\_\_v
2. sukupuoli 1 mies 2 nainen
3. paino haastatteluhetkellä\_\_\_\_\_kg
4. leikkaustyyppi: 1 ohitus 2 typistys
5. leikkauksesta kulunut aika\_\_\_\_\_kk

## **OSA II**

### **Haastattelukysymykset:**

### **MISSÄ MÄÄRIN OLETTE TARVINNEET OHJAUSTA JA TUKEA ALLA MAINITUISTA ASIOISTA?**

#### **Vastausvaihtoehdot ovat**

**0=ei lainkaan**

**1=vähän**

**2=jonkin verran**

**3= paljon**

#### **Mikä vaihtoehto kuvaa kokemustanne?**

<b>Erilaisten oireiden tai tuntemusten ilmeneminen leikkauksen jälkeen</b>	<b>ei lainkaan</b>	<b>vähän</b>	<b>jonkin verran</b>	<b>paljon</b>
6.erilaisten häiriöiden/haittavaikutusten esiintyminen leikkauksen jälkeen				
6a kipu	0	1	2	3
6b pahoinvointi	0	1	2	3
6c lepoon ja nukkumiseen liittyvät ongelmat	0	1	2	3
Missä muissa haittavaikutuksiin tai häiriöihin liittyvissä asioissa olette tarvinneet ohjausta?				
7.miten ne ovat haitanneet teitä jokapäiväisessä elämässä?	0	1	2	3
<b>Päivittäisiin arjen toimiin liittyvät asiat</b>				
8. liikkuminen	0	1	2	3
Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?				

9. syöminen, juominen Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
10. peseytyminen Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
11. ihon hoito Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
12. leikkaushaavan hoito Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta ?	0	1	2	3
13. fyysisten harjoitusten alkaminen, liikunta Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
14. leikkaukseen liittyvän lääkehoito Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
15. perussairauteen liittyvä lääkehoito Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
<b>Tunteisiin, ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat</b>				
16. mielialaan liittyvät tuntemukset Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
17. muutokset omassa kehossa Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
18. muutokset ulkonäössä Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
19. painon muutokset Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
<b>Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat</b>				
20. kotona Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä?	0	1	2	3
21. ystäväpiirissä Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä?	0	1	2	3
22. työpaikalla Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
23. toisten lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa	0	1	2	3

Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä?				
<b>Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat</b>				
24. sitoutuminen ja elämäntavan muutosta koskevat päätökset Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
25. oma roolinne painon hallinnassa Jos tarvitsitte ohjausta tai tukea, niin kertokaa millaista ja oletteko saanut sitä joltakulta?	0	1	2	3
<b>Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset</b>				
26. Kela-korvaukset Jos tarvitsitte ohjausta, niin kertokaa missä?	0	1	2	3
27. sairausloman pituus Jos tarvitsitte ohjausta, niin kertokaa missä?	0	1	2	3
28. komplikaatiot ja niistä aiheutuneet sairauspäivät Jos tarvitsitte ohjausta, niin kertokaa missä?	0	1	2	3
29. myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset Jos tarvitsitte ohjausta, niin kertokaa missä?	0	1	2	3

### 30. Elämänlaatu

Missä määrin lihavuus on vaikuttanut elämänlaatuunne?

Ei lainkaan 0

Vähän 1

Jonkin verran 2

Paljon 3

Kertokaa miten se on vaikuttanut?

**31. Millaisia selviytymiskeinoja olette käyttäneet uuteen tilanteeseen sopeutumisessa leikkauksen jälkeen?**

**32. Kuka on ollut tukihenkilönne leikkaus- ja hoitoprosessin aikana (puoliso, ystävä, tytär, poika jne )?**

**33. Oliko toipumisessa mielestänne mitään ennakko-oletuksista poikkeavaa tai yllättävää?**

**34. Mitä ohjauksen parannusehdotuksia haluatte esittää?**